

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A IMPORTÂNCIA DO TOQUE COMO FACTOR DETERMINANTE DO
ESTABELECIMENTO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ EM DÍADES PRÉ-TERMO**

Ana Sofia Paulino da Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2012

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A IMPORTÂNCIA DO TOQUE COMO FACTOR DETERMINANTE DO
ESTABELECIMENTO DA RELAÇÃO MÃE-BEBÉ EM DÍADES PRÉ-TERMO**

Ana Sofia Paulino da Silva

Dissertação Orientada pelo Professor Doutor João Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2012

Agradecimentos

Ao terminar a presente Dissertação de Mestrado, que marca o final de uma etapa, resta-me expressar os meus mais sinceros agradecimentos a quem de uma forma ou de outra ajudou na sua concretização.

Ao Prof. João Justo, pela disponibilidade, paciência, orientação, encorajamento, sem os quais, este trabalho não se realizaria.

A toda a equipa do Serviço de Pediatria da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, que permitiu a realização desta investigação, em especial à Enf.^a Esmeralda, à Enf.^a Margareth e à Enf.^a Sofia, pela sua simpatia, disponibilidade, atenção, interesse e facilidades concedidas para a realização do projecto.

Às mães de bebés pré-termo internados nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, que participaram na investigação, dispensando o seu tempo, garantindo, desta forma a exequibilidade do estudo.

Aos meus amigos, que me acompanharam nesta caminhada, pelo carinho, amizade, compreensão e confiança depositada. Que aceitaram e respeitaram a minha falta de tempo.

Aos meus pais, irmão, cunhada e sobrinha, que sempre acreditaram em mim, pelo apoio incondicional. Pela força, incentivo, compreensão, amor, carinho, paciência, que sempre me transmitiram.

Ao Fausto, a pessoa que mais me aturou ao longo destes anos, pela paciência e compreensão que sempre demonstrou ao ouvir os meus desabafos, dúvidas, angústias, receios... Agradeço por nunca me ter deixado desistir, acreditando sempre nas minhas potencialidades. Pelo amor, carinho, força, incentivo, dedicação e por ser, acima de tudo, um amigo incansável com o qual posso sempre contar.

Resumo

A presente investigação tem como objectivo estudar a prematuridade e a relação mãe-bebé, mais concretamente a importância do toque materno para o estabelecimento da relação precoce em díades pré-termo.

A interacção mãe-bebé é fundamental para o desenvolvimento do bebé. Assim, é importante saber quais as variáveis que influenciam positiva ou negativamente a vinculação da mãe ao bebé. No contexto da prematuridade, é importante articular as variáveis psicológicas das mães, as variáveis de saúde do bebé pré-termo e as variáveis de comportamento materno na relação mãe-bebé.

Neste estudo participaram 40 mães de bebés pré-termo (gestação inferior a 37 semanas) internados nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Foram utilizados vários instrumentos: o Questionário Sociodemográfico e Clínico construído especificamente para este estudo; a Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (Condon & Corkindale, 1998) na sua versão portuguesa (Carrulo, 2011); a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Lovibond & Lovibond, 1995) na sua versão portuguesa (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) e a Escala de Avaliação da Satisfação com as Áreas da Vida Conjugal (Narciso & Costa, 1996).

Os resultados obtidos permitem concluir que o número de vezes que a mãe pegou e ajudou a cuidar do bebé pré-termo, na semana de internamento anterior à participação no estudo, não influencia a Qualidade da Vinculação (Sentimentos na Interação), Qualidade da Vinculação (Sentimentos em Relação ao Bebé), nem o Prazer na Interação. No entanto, o número de vezes que a mãe visitou e acariciou o bebé pré-termo nessa mesma semana, parece influenciar os Qualidade da Vinculação (Sentimentos na Interação).

São, ainda, apresentadas algumas limitações a este estudo de modo a preveni-las em investigações futuras.

Palavras-chave: bebé pré-termo, toque materno, vinculação materna

Abstract

This research aimed to study prematurity and mother-infant relationship, specifically the importance of maternal touch for the building of the early relationship in preterm dyads.

The mother-infant interaction is fundamental for the baby development. Thus it is important to know which variables do influence positively and negatively mothers' attachment towards the baby. In the prematurity context, it is important to articulate psychological variables of mothers with health variables of preterm babies along with variables of maternal behavior in mother-infant relationship.

In this study, subjects were 40 mothers of preterm babies (gestational age lower than 37 weeks) staying at Intensive and Intermediate Neonatal Care Units of Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Several instruments were used: the Sociodemographic and Clinical Questionnaire developed specifically for this study; the Post-Natal Maternal Attachment Scale (Condon & Corkindale, 1998) using the Portuguese version (Carrulo, 2011); the Depression, Anxiety and Stress Scales (Lovibond & Lovibond, 1995) using the Portuguese version (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) and the Scale of Evaluation of Satisfaction with Marital Life Areas (Narciso & Costa, 1996).

Results allow to conclude that the number of times the mother hold and helped to take care of the preterm baby, during the week of hospital staying before the participation on the study, does not influence the Quality of Attachment (Feelings at the Interaction), Quality of Attachment (Feelings Towards the Baby), nor Pleasure at the Interaction. However, the number of times the mother visited and caressed the preterm baby during that same week seems to influence Quality of Attachment (Feelings at the Interaction).

Some limitations of this study are presented in order to be prevented in future investigations.

Key-words: preterm babies, maternal touch and maternal attachment.

Índice

1. Enquadramento Teórico	1
1.1. A gravidez	1
1.2. A prematuridade.....	2
1.2.1. O bebé pré-termo	3
1.2.2. A mãe pré-termo	3
1.2.3. O parto pré-termo.....	4
1.2.4. As variáveis psicológicas maternas que influenciam o parto pré-termo.....	5
1.2.4.1. Ansiedade.....	6
1.2.4.2. Depressão	6
1.2.4.3. Stress	7
1.3. Teoria da Vinculação	7
1.3.1. Vinculação materna nos bebés pré-termo	10
1.4. Bebés pré-termo e Toque	11
2. Objectivo e Hipóteses.....	13
2.1. Questão de Investigação	13
2.2. Objectivo da Investigação.....	13
2.3. Hipótese Global	13
3. Metodologia	13
3.1. Definição de Variáveis.....	13
3.2. Operacionalização de Variáveis.....	13
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	13
3.2.2. Escala de Vinculação Materna Pós-Natal	14
3.2.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress	15
3.2.4. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal	15
3.3. Hipóteses Gerais	16
3.4. Amostra.....	17
3.4.1. Selecção da Amostra.....	17
3.4.2. Caracterização da Amostra	17
3.4.2.1. As participantes.....	17
3.4.2.2. Os pais.....	18
3.4.2.3. A gravidez	19

3.4.2.4. O parto	19
3.4.2.5. Os bebés pré-termo	20
3.5. Procedimento	20
3.6. Procedimentos estatísticos	21
4. Resultados	21
4.1. Análise de Consistência Interna.....	21
4.1.1. Escala de Vinculação Materna Pós-Natal	21
4.1.2. Escala de Ansiedade Depressão e Stress	22
4.1.3. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal	22
4.2. Estatística Descritiva.....	23
4.3. Hipóteses Específicas.....	24
4.4. Testagem das Hipóteses	26
4.4.1. Variável dependente: Qualidade da Vinculação (Sentimentos na Interacção)	26
4.4.1.1. Testagem da hipótese específica 1	27
4.4.1.2. Testagem da hipótese específica 2	27
4.4.1.3. Testagem da hipótese específica 3	28
4.4.1.4. Testagem da hipótese específica 4	29
4.4.2. Variável dependente: Qualidade da Vinculação (Sentimentos em Relação ao Bebê)	29
4.4.2.1. Testagem da hipótese específica 5	30
4.4.2.2. Testagem da hipótese específica 6	30
4.4.2.3. Testagem da hipótese específica 7	31
4.4.2.4. Testagem da hipótese específica 8	32
4.4.3. Variável dependente: Prazer na Interacção.....	32
4.4.3.1. Testagem da hipótese específica 9	32
4.4.3.2. Testagem da hipótese específica 10	33
4.4.3.3. Testagem da hipótese específica 11	34
4.4.3.4. Testagem da hipótese específica 12	34
5. Discussão de Resultados e Principais Conclusões	35
6. Referências Bibliográficas	38

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Análise de Regressão para testagem da hipótese específica 1	27
Tabela 2 – Análise de Regressão para testagem da hipótese específica 2	28
Tabela 3 – Análise de Regressão para testagem da hipótese específica 3	28
Tabela 4 – Análise de Regressão para testagem da hipótese específica 4	29
Tabela 5 – Análise de Regressão para testagem da hipótese específica 5	30
Tabela 6 – Análise de Regressão para testagem da hipótese específica 6	31
Tabela 7 – Análise de Regressão para testagem da hipótese específica 7	31
Tabela 8 – Análise de Regressão para testagem da hipótese específica 8	32
Tabela 9 – Análise de Regressão para testagem da hipótese específica 9	33
Tabela 10 – Análise de Regressão para testagem da hipótese específica 10	33
Tabela 11 – Análise de Regressão para testagem da hipótese específica 11	34
Tabela 12 – Análise de Regressão para testagem da hipótese específica 12	34

Anexos (em CD)

Anexo I – Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo II – Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN)

Anexo III – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

Anexo IV – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

Anexo V – Pedido de Autorização à Comissão de Ética da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Anexo VI – Caracterização da Amostra (Participantes)

Anexo VII – Caracterização da Amostra (Pais)

Anexo VIII – Caracterização da Amostra (Gravidez)

Anexo IX – Caracterização da Amostra (Parto)

Anexo X – Caracterização da Amostra (Bebés pré-termo)

Anexo XI – Folha de Informação à Participante

Anexo XII – Declaração de Consentimento Informado

Anexo XIII – Análise de Consistência Interna EVMPN

Anexo XIV – Análise de Consistência Interna EADS

Anexo XV – Análise de Consistência Interna EASAVIC

Anexo XVI – Estatística Descritiva

Anexo XVII – Análise de Regressão

Anexo XVIII – Teste de Normalidade

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A gravidez

A gravidez pode ser vista como um processo onde ocorrem transformações biológicas, psicológicas, fisiológicas e sociais. É um momento de crescimento que pode ser extraordinariamente enriquecedor para a mulher (Campos, 2000). Emocionalmente, a gravidez tem início antes de a mulher estar, realmente, grávida (Colman & Colman, 1994). Assim, a fertilidade emocional condiciona a gravidez emocional. Ou seja, uma mulher apenas grávida biologicamente e emocionalmente infértil pode tornar-se uma mãe funcional – que alimenta, cuida, mas não pressente nem adivinha o seu bebé (é incapaz de interpretar o choro do bebé, por exemplo, não sabe se se trata de um choro de fome ou de sono). Neste caso, trata-se de uma mulher que é “psicologicamente estéril” (Sá, 2001, 2004). Para este autor, uma gravidez surge, num plano mental, antes de se declarar fisicamente. Em muitas circunstâncias, um estado gravídico emerge, no âmbito das experiências emocionais de gravidez e no plano do corpo, com desencontros. Desta forma, haverá situações em que a “gravidez na cabeça” precede a gravidez uterina; neste caso, apenas está presente o desejo de uma gravidez. Por outro lado, há alturas em que a gravidez uterina antecede a “gravidez na cabeça”, como acontece no caso de uma gravidez indesejada. Sá (2004) reforça que o ritmo de uma gravidez emocional pode não corresponder ao da gravidez obstétrica.

Gravidez e maternidade são conceitos que se confundem frequentemente. Tidos como sinónimos, traduzem, de facto, duas realidades e vivências bem distintas entre si. A gravidez refere-se ao período de sensivelmente quarenta semanas que tem início na concepção e termina com o parto. Durante este período, ocorre um conjunto de alterações físicas, acompanhadas de vivências psicológicas particulares. No entanto, as repercussões sociais destas alterações nas gravidezes indesejadas comportam consequências problemáticas. A maternidade tem como base a dinâmica da sociedade num certo momento historicamente determinado. Inscreve-se em padrões de cultura, nos quais, conceitos como “infância”, “qualidade de vida”, “direitos e deveres dos cidadãos” têm uma importância fundamental (Leal, 1990; 2005).

Sendo um projecto de longo prazo, a maternidade distancia-se do acontecimento biológico que é a gravidez. Mais do que desejar ter um filho, a maternidade requer o desejo de ser mãe. Assim, o desejo de ter um filho e o desejo de ser mãe nem sempre são simultâneos. Há muitas situações em que é enorme a distância entre gravidez e maternidade (Leal, 1990; 2005, Canavarro, 2001).

Para Colman e Colman (1994), cada gravidez é única e, assim sendo, cada mulher reage de forma diferente durante este período, sendo que a mesma mulher pode viver de forma diferente as várias gravidezes.

De acordo com os estudos que Sá e colaboradores (2004) têm vindo a realizar em torno da vinculação e da forma como intervir o mais precocemente possível, pode falar-se não só de vinculação pré-natal como também de vários períodos sensíveis da vinculação entre os seres humanos. Aqueles autores destacam quatro períodos fundamentais, nos quais a vinculação pode registar saltos qualitativos: a revelação da gravidez; a audição dos ruídos cardíacos fetais; a primeira ecografia obstétrica e a percepção materna dos movimentos fetais.

1.2. Prematuridade

O parto pré-termo é uma das principais causas de mortalidade neonatal e morbilidade infantil (Challis, 2001; Glynn, Schetter, Hobel, & Sandman, 2006; Wood, Frydman, Cox, Brant, Needoba, Eley, & Sauve, 2006; Ananth, Peltier, Getahun, Kirby, & Vintzileos, 2007; Odendaal, Human, Groenewald, & Bavanisha, 2011).

A prematuridade não obedece a uma única causa, mas pode associar-se a um certo número de factores de risco, tais como: as predisposições (colo do útero curto, incompetência do colo, malformação do útero); o estilo de vida (esforço físico exagerado, toxicodependência, tabagismo, etc.); os factores biomédicos (antecedentes obstétricos de abortos espontâneos e partos pré-termo, gravidez múltipla, partos com menos de um ano de intervalo, infecções, nomeadamente a vaginose bacteriana etc.) e o impacto da vida psíquica (depressão, stress, ansiedade, etc.) (Papiernik, 1990; Goldenberg, Hauth, & Andrews, 2000). Estudos epidemiológicos sugerem que dois factores, o stress materno e a infecção urogenital materna, estão relacionados com um aumento significativo do parto pré-termo espontâneo (Wadhwa, Culhane, Rauh, Barve, Hogan, Sandman, Hobel, Chicz-DeMet, Dunkel-Schetter, Garite, & Glynn, 2001).

As atitudes maternas negativas durante a gravidez, principalmente a tendência para a negação desta, estão associadas a um alto risco de nascimento pré-termo. No entanto, não se conhece a causa de um número substancial de nascimentos pré-termo. Segundo Campos (2000), o problema, pode estar relacionado com uma paragem na sucessão de fases e de tarefas do processo de desenvolvimento psicológico típico da gravidez.

1.2.1. O bebé pré-termo

O bebé pré-termo é fisicamente pouco atraente, mais difícil de compreender, menos susceptível de gratificar os seus interlocutores com contacto visual, sorrisos ou vocalizações, tendo um choro mais aversivo (Barros, 2001). Um bebé pré-termo irá comportar-se de uma forma que revela a sua vulnerabilidade física. À medida que os seus sistemas respiratório e cardiovascular recuperam do choque causado pelo parto prematuro e que o seu sistema neurológico evolui fora da protecção do útero, o bebé ficará muito mais sensível a estímulos auditivos, tácteis e visuais, reflectindo-se na cor da sua pele, na respiração e ritmo cardíaco (Brazelton, 1995).

O grupo dos bebés pré-termo é constituído por todos os bebés que nascem antes das 36 semanas de gestação e pesam menos de 2500 gramas, dividindo-se em três subgrupos: os de baixo peso, de muito baixo peso e de peso extremamente baixo (Barros, 2001). O grau de maturação dos processos fisiológicos específicos, como as funções respiratória, digestiva e circulatória, do recém-nascido estão na base desta classificação. Assim, os bebés classificados como bebés de baixo peso nascem entre as 32 e as 36 semanas de gestação e pesam entre 1500 e 2500 gramas; os bebés de muito baixo peso têm entre 800 e 1500 gramas e nascem entre as 26 e as 32 semanas de gestação; os bebés de peso extremamente baixo nascem antes das 26 semanas de gestação e o seu peso não atinge os 800 gramas (Barros, 2001). Ao baixo peso com que nascem os bebés pré-termo e a toda a imaturidade inerente estão associados vários problemas. O nascimento pré-termo é uma das maiores causas de mortalidade infantil, e está associado a elevadas taxas de deficiência nos sobreviventes, sobretudo se estes forem grandes prematuros (Glynn et al., 2008; Morgan, Goldenberg, & Schulkin, 2008). Paralisia cerebral, deficits cognitivos, doenças pulmonares e cegueira, podem ser alguns dos problemas apresentados por crianças que nasceram prematuramente (Challis, 2001; Glynn, 2008; Morgan et al., 2008).

1.2.2. A mãe pré-termo

O nascimento pré-termo ocorre de forma inesperada e abrupta, não estando a mulher preparada para este acontecimento. Desta forma, nasce uma nova díade: mãe prematura – bebé pré-termo. Os estudos que visam a origem do nascimento prematuro observam e analisam os factores maternos (saúde física e psicológica da mãe) que influenciam o parto pré-termo (Botelho & Leal, 2007).

Psicologicamente, as mães de bebês pré-termo são mulheres mais imaturas e mais vulneráveis, cuja história pessoal revela a morte prematura da mãe, má aceitação da puberdade e a existência de problemas ginecológicos na adolescência. Geralmente, estas mulheres assumem que a gravidez e a carreira profissional geram conflito. Relativamente às mães de bebês de termo, as mães de bebês pré-termo, revelam, ainda, estar menos satisfeitas com a sua vida pessoal, sexual e com o seu corpo, sentindo-se menos apoiadas pelo seu companheiro, família e amigos (Botelho & Leal, 2007).

No que diz respeito à gravidez, as mães dos bebês pré-termo, revelam atitudes negativas face ao processo gravídico e à maternidade, manifestadas por dúvidas relativamente à gravidez e ao desejo de ter o bebê, sendo observada uma tendência para a negação do estado gravídico e sentimentos negativos associados à gravidez. Apesar de estas grávidas sofrerem maior incidência de abortos espontâneos, interrupções voluntárias da gravidez e de anteriores partos pré-termo, muitas vezes recusam acompanhamento médico durante a gravidez, investindo pouco nesta (Botelho & Leal, 2007). Para as autoras, não existe nenhuma “falha materna” e o seu perfil de personalidade não evidencia tratar-se de “uma mãe menos boa”. São mulheres que serão boas mães, no entanto menos boas grávidas, uma vez que privilegiam o desenvolvimento pessoal, social e profissional, para quem a afirmação pessoal e social não passa pela exibição de uma gravidez.

Depois do choque de dar à luz prematuramente, a mãe, frequentemente, tem dificuldades na atribuição de causas específicas para o parto, interrogando-se automaticamente sobre o seu papel no parto pré-termo: o porquê de não ter conseguido levar a gravidez até ao final; será que havia algum defeito da sua parte ou do bebê, o que fez ao bebê, são algumas das questões colocadas pela mãe prematura (Brazelton, 1995; Feliciano, 2007). A mãe acha que poderia ter agido de forma diferente e pensa que prejudicou o bebê, auto-culpabiliza-se, sente-se desamparada e irritada, consigo mesma e com o mundo. Inerente, ao sentimento de responsabilidade, está a depressão (Brazelton, 1995).

1.2.3. O parto pré-termo

O nascimento pré-termo refere-se ao nascimento antes das trinta e sete semanas de gestação. Alguns partos pré-termo são espontâneos. Outros são provocados clinicamente, no caso de haver complicações médicas durante a gravidez que ponham em risco a mãe, o bebê ou ambos (Raphael-Leff, 1997; Ananth & Vintzileos, 2006; Ananth et al., 2007).

Existe uma multiplicidade de causas associadas ao parto pré-termo, nomeadamente as complicações médicas durante a gravidez, complicações médicas anteriores à gravidez, gestações múltiplas, para além de outros factores (Barros, 2001).

O nascimento pré-termo é um choque. Todo o esforço da gravidez e da preparação para o parto e chegada do bebé são abruptamente interrompidos e tanto os pais como o recém-nascido têm que se adaptar (Brazelton, 1995), sendo que o bebé pré-termo, frágil e quase transparente é muito diferente do bebé imaginado durante a gravidez (Raphael-Leff, 1997).

Todos os bebés passam por um período de recuperação após o parto, um bebé pré-termo comportar-se-á de uma forma que demonstra a sua fragilidade, sendo pouco tolerante aos estímulos auditivos, tácteis e visuais.

1.2.4. As variáveis psicológicas maternas que influenciam o parto pré-termo

Em Portugal cerca de 7% dos bebés nasce pré-termo (menos de 37 semanas de gestação) ou com baixo peso (menos de 2500g). Apesar das causas do parto pré-termo serem, maioritariamente, desconhecidas, podem ser identificados alguns factores de risco, nomeadamente, ausência de cuidados de saúde pré-natais, comportamentos maternos de risco (consumo de álcool, tabaco e outras substâncias) e complicações obstétricas. Contudo, a presença de sintomas psicopatológicos, tais como: ansiedade, depressão e stress, também estão associados à prematuridade (Figueiredo, 2007).

A gravidez é um marco importante na vida de uma mulher constituindo o momento de transição para a parentalidade. A capacidade da mulher para se adaptar às mudanças e desafios da gravidez afecta a sua saúde física e mental, influenciando, também, a saúde do bebé em desenvolvimento (Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa, & Sandman, 1999).

A crença de que o stress e factores psicológicos maternos podem influenciar o curso normal da gravidez já vem desde os tempos mais remotos. O parto pré-termo tem sido associado a eventos de vida stressantes, a ansiedade, depressão, abuso físico e baixo nível de apoio social (Kramer, Goulet, Lydon, Séguin, McNamara, Dassa, Platt, Chen, Gauthier, Genest, Kahn, Libman, Rozen, Masse, Miner, Asselin, Benjamin, Klein, & Koren, 2001). Existe um aumento do risco de parto pré-termo e doenças hipertensivas da gravidez, em mulheres grávidas com distúrbios de humor (Cripe, Frederick, Qiu, & Williams, 2011).

Nascimentos pré-termo, de baixo peso e atraso no crescimento fetal estão associados a ansiedade, depressão e stress durante a gravidez (Rondó, Ferreira, Nogueira, Ribeiro, Lobert, & Artes, 2003; Odendaal et al., 2011).

1.2.4.1. Ansiedade

A gravidez é vista por muitos autores como um período de crise, no qual existe uma maior vulnerabilidade, modificações fisiológicas e estados emocionais particulares, justificando a presença normal de um certo grau de ansiedade (Rato, 1998). Alguns autores (e.g. Soifer, 1986; Singh & Saxena, 1991) defendem que durante a gravidez existem fases em que se verifica um aumento específico da ansiedade, ou seja, os níveis de ansiedade variam ao longo da gestação, apresentando um aumento desde o início da gravidez, atingindo o auge por volta dos cinco meses, diminuindo a partir daí (Rato, 1998; Conde & Figueiredo, 2007). Estes aumentos têm uma duração variável e podem manifestar-se através de sintomas característicos ou até mesmo por aborto ou parto pré-termo.

Mulheres com elevados níveis de ansiedade durante a gravidez correm maior risco de parto pré-termo espontâneo, quando comparadas com mulheres com baixos níveis de ansiedade durante a gestação (Orr, Reiter, Blazer, & James, 2007).

1.2.4.2. Depressão

A depressão afecta mais mulheres que homens, sobretudo em idade fértil. A depressão durante a gravidez é motivo de preocupação, uma vez que tem sido associado a má nutrição, ao aumento do uso de substâncias, cuidados pré-natais inadequados, restrição do crescimento intra-uterino, pré-eclâmpsia e parto pré-termo (Cripe et al., 2011).

A depressão durante a gravidez está intimamente relacionada com complicações obstétricas, parto pré-termo e baixo peso do bebé à nascença (Berle, Mykletum, Daltveit, Rasmussen, Holsten & Dahl, 2005; Figueiredo, 2005; Faisal-Cury & Menezes, 2007).

O período perinatal representa um momento particularmente importante para se estudar a associação entre o ajustamento do relacionamento e depressão em mulheres (Whisman, Davila, & Goodman, 2011). Durante a gravidez, muitas mulheres apresentam sinais de depressão, frequentemente confundidos com a sensibilidade e fragilidade atribuídas a este estado (Nascimento, 2003).

Depressão durante a gravidez e no pós-parto é comum (Whisman et al., 2011).

1.2.4.3. Stress

Factores emocionais maternos, como stress e angústia, estão associados ao baixo peso ao nascer, à prematuridade e ao atraso de crescimento intrauterino (Rini et al., 1999; Rondó et al., 2003; Odendaal et al., 2011).

No entanto, nem todas as mulheres que apresentam níveis elevados de stress psicossocial entram em trabalho de parto pré-termo. Existindo algumas questões por elucidar quanto aos efeitos do stress na gravidez, tais como: o momento de ocorrência de stress, antes e/ou durante a gestação; e o stress associado a outros factores de risco obstétrico, como infecções (Wadhwa et al., 2001). Desta forma stress durante a gestação pode estar relacionado com infecções que, consequentemente, podem levar ao parto pré-termo. Ou seja, mulheres que experimentam elevados níveis de stress durante a gestação, apresentam maior risco de trabalho de parto pré-termo e nascimento pré-termo espontâneo, bem como estão mais predisposta a infecções, tais como a vaginose bacteriana (Culhane, Rauh, McCollum, Hogan, Agnew, & Wadhwa, 2001; Wadhwa, Culhane, Rauh, & Barve, 2001).

Culhane e colaboradores (2001) verificaram que as mulheres grávidas que apresentam altos níveis de stress crónico, são mais propensas a ter vaginose bacteriana quando comparadas com grávidas com baixos níveis de stress. O stress materno durante a gravidez está associado a consequências adversas na gestação, onde se inclui a prematuridade. Desta forma, a vaginose bacteriana na gravidez está associada a um aumento significativo na morbilidade materna e fetal/infantil, incluindo a infecção do líquido amniótico, ruptura prematura das membranas e parto pré-termo (Culhane et al., 2001).

Apesar de existirem poucos estudos que se debruçam sobre a relação entre factores psicológicos e o trabalho de parto pré-termo, a maioria revela que o stress está directamente relacionado com parto pré-termo (Rondó et al., 2003).

1.3. Teoria da Vinculação

A Teoria da Vinculação tem por base o trabalho de John Bowlby (1907-1991) e Mary Salter Ainsworth (1913-1999). Baseando-se em conceitos da etologia, cibernética, processamento de informação, psicologia do desenvolvimento e da psicanálise, Bowlby formulou os princípios básicos da teoria. Assim, revolucionou o modo de ver o vínculo de uma criança à mãe e a sua separação através da interrupção, privação e luto. A metodologia inovadora de Ainsworth não só tornou possível testar empiricamente algumas das ideias de Bowlby, como, também ajudou a expandir a própria teoria. Ainsworth criou o conceito da

figura de apego como uma base segura a partir da qual uma criança pode explorar o mundo. Além disso, ela formulou o conceito de sensibilidade materna aos sinais infantis e o seu papel no desenvolvimento de padrões de apego bebé-mãe (Bretherton, 1992).

Para Bowlby (1969/1982, 1973, 1982, cit. por Canavarro & Pedrosa, 2005), a teoria da vinculação postula a necessidade humana geral de os indivíduos desenvolverem relações afectivas de proximidade ao longo da vida com o objectivo de atingirem segurança que lhes permita explorar o *self*, os outros e o mundo. A manutenção da relação com a figura de vinculação dentro dos limites de proximidade e acessibilidade é feita com base na interacção da criança com o meio interno (tal como, os seus estados de fadiga, doença ou fome) e com o meio externo (presença ou ausência de estímulos ameaçadores e disponibilidade da figura de vinculação). Desta forma, a figura parental é vista como um “porto seguro” onde o bebé regressa em alturas de ameaça (Soares, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005; Farkas, Santelices, Aracena, & Pinedo, 2008).

Não é nova a ideia de que a vinculação parental tem início normalmente durante a gravidez, sobretudo quando o progenitor considerado é a mãe. É suposto que a vinculação aumente com o tempo gestacional, particularmente depois de se experienciarem os primeiros movimentos fetais (Gomez & Leal, 2007). Para Brazelton e Cramer (1989), a vinculação a um recém-nascido apoia-se em relações anteriores com um filho imaginário e com o feto em desenvolvimento que fez parte do universo dos pais durante nove meses.

Segundo Figueiredo (2003), a vinculação materna ao bebé é uma relação emocional única, específica e duradoura que se estabelece de um modo gradual desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé. Desde o nascimento, o bebé assume um papel importante no estabelecimento de relações com o objecto materno, mostrando competências muito precoces de discriminação e diferenciação relativamente ao que o rodeia (Als et al., 1979; Brazelton & Als, 1979; Dixon et al., 1981; Brazelton, 1991, 1994; Porte, 1985 cit. por Fleming, 2005). Imediatamente após o nascimento, o bebé consegue ter uma atenção focal e é capaz de diferenciar imagens, vozes e sons (Hsu & Fogel, 2003).

O termo *bonding* foi introduzido por Klaus e Kennel (1976, cit. por Figueiredo, 2003; 2005) para dar conta de um vínculo único, específico e duradouro que se estabelece desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé. Para estes autores, os momentos que se seguem ao parto são críticos na formação desta relação, a qual é facultada pela adequação do sistema hormonal da mãe e estimulada pela presença do bebé. Quando o contacto pele a pele é favorecido durante os primeiros dias do pós-parto, o envolvimento emocional da mãe com o

recém-nascido é beneficiado (Figueiredo, 2005). O sistema de vinculação materna desenvolve-se numa interacção constante com o sistema de vinculação do bebé e tem a mesma função adaptativa: proporcionar a protecção e sobrevivência do bebé (Soares, 2001; George & Solomon, 1999, cit. por Figueiredo, 2003).

A ligação afectiva da mãe ao bebé tem sido descrita como um processo de adaptação mútua que exige tanto da mãe como do bebé, estabelecendo-se gradualmente desde os instantes iniciais, onde ocorrem as primeiras trocas entre a mãe e o bebé. Estes momentos são muito importantes para o futuro relacionamento da díade. Existem diversos factores envolvidos no estabelecimento da vinculação, sendo de origem biológica, psicológica e sociocultural, dizendo respeito, particularmente, à gravidez, ao parto e ao pós-parto imediato, referindo-se não só à mãe como também ao pai do bebé (Figueiredo, 2003). O apoio que a mãe recebe por parte do pai do bebé pode influenciar a qualidade da vinculação.

A maioria da investigação nesta área incide no estudo das dimensões que podem afectar o *bonding*, privilegiando a análise do impacto de diversas circunstâncias relativas: à mãe (como a contribuição dos níveis hormonais e características psicológicas); ao bebé (sexo e prematuridade); às condições em que decorre o parto e o pós-parto (nomeadamente, o impacto do contacto imediato/separação do bebé e dos diferentes tipos de parto) e às normas sociais e culturais vigentes (Figueiredo, 2005).

Como já foi referido, de acordo com Figueiredo (2003), o tipo de parto pode influenciar a qualidade da vinculação. O parto é considerado, pela maioria das mães, como uma experiência difícil devido à dor sentida, dor, esta, que pode interferir no estado emocional da mãe após o parto. A intensidade da dor de parto é uma dimensão relevante na qualidade do envolvimento emocional materno com o bebé, sendo que entre o terceiro e quinto dia do puerpério, o *bonding* é inversamente proporcional aos níveis de dor. A ligação da mãe ao bebé está favorecida no parto normal, relativamente aos partos instrumentais e partos com epidural (Figueiredo, 2005).

A amamentação também pode interferir na qualidade da vinculação materna. De acordo com Eibl-Eibesfeldt (1989, cit. por Figueiredo, 2003), as mães que amamentam ao seio o bebé tendem a ser mais sensíveis para com o bebé, facto explicado pelo aumento nos valores de prolactina, em consequência da amamentação. E quando os lábios do bebé tocam os mamilos da mãe na primeira hora de vida, a mãe, geralmente, decide manter o recém-nascido junto de si por mais tempo do que quando isso não acontece (Windstrom et al., 1990, cit. por Figueiredo, 2003, 2005).

O bebé tem um enorme poder desencadeador e activador da vinculação materna. Assim, as competências interactivas do bebé, nomeadamente, o contacto ocular e a possibilidade de produzir expressões faciais, como o sorriso, permitem a activação do envolvimento emocional recíproco na díade. No entanto, quando o bebé tem estas competências reduzidas e não interage com a mãe, como se verifica no caso da prematuridade, o intercâmbio e o envolvimento dos pais com o bebé pode ser prejudicado (Figueiredo, 2003).

Muitas sociedades não promovem nem valorizam o contacto precoce dos pais com o bebé, pelo que o contacto precoce e o envolvimento emocional imediato com o bebé não são dados normativos em grande parte das sociedades humanas, sem que haja prejuízo para a relação futura (Lozoff, 1983; Woollet & Dosanjh-Matwala, 1990, cit. por Figueiredo, 2005).

1.3.1. Vinculação materna nos bebés pré-termo

A vinculação materno-fetal tem como base uma emoção instintiva, não baseada num conceito abstrato de amor, mas numa necessidade de proteger o feto que é visto como um prolongamento da mulher, dependendo exclusivamente dela (Sandbrook & Adamson-Macedo, 2004).

A interacção mãe-bebé tem como objectivo a comunicação e a partilha do prazer de estarem juntos. É um processo ao longo do qual a mãe dirige algumas mensagens ao filho através do toque ou da fala, e aquele lhe responde recorrendo aos seus meios, sorriso ou vocalizações. Estes comportamentos fazem do bebé um par interactivo, garantindo a interacção na díade (Camarneiro, Alves, Ferreira & Gomes, 2009). Contudo, em casos de prematuridade, há factores condicionantes no desenvolvimento normal destes comportamentos.

A vinculação dos pais ao bebé não é imediata ao nascimento, nem é instintiva, como se julga comumente. O vínculo deve ser entendido como um processo contínuo. É frequente, entre pais e bebés de termo, retomar-se o contacto imediatamente após o nascimento, o que lhes permite continuar o processo de vinculação. No caso dos bebés pré-termo, devido ao internamento destes na UCIN, o contacto mãe-bebé, imediato ao nascimento não se verifica, podendo haver quebra desses laços, criando dificuldades na relação pais-filhos (Thomaz, Lima, Tavares, & Oliveira, 2005; Feliciano, 2007).

De acordo com Camarneiro e colaboradores (2009), nos últimos anos, vários estudos têm-se debruçado sobre a interacção entre pais e filhos pré-termo e sobre as dificuldades

apresentadas, quando comparados com recém-nascidos de termo. O parto pré-termo é uma transição intempestiva de um ambiente uterino protegido para o meio exterior, no qual o bebé ainda não consegue elaborar uma resposta interactiva eficaz. O recém-nascido necessita de cuidados de saúde especiais, e que devido à prematuridade são indispensáveis à sua sobrevivência, ocupando grande parte do tempo que seria fundamental à interacção com os pais.

Ao nascimento pré-termo, acrescentam-se novos factores de risco associados ao ajustamento psicológico dos pais e às interacções que estabelecem com o bebé (Valente & Seabra-Santos, 2011). Para os pais, o nascimento pré-termo e o internamento do seu filho causam grande insegurança e intranquilidade, uma vez que o bebé idealizado não corresponde ao bebé da incubadora (bebé real) (Camarneiro et al., 2009). Geralmente, o parto pré-termo ocorre de forma urgente, não havendo preparação psicológica do final da gravidez, e estes pais, também prematuros, foram apanhados de surpresa, não se sentindo prontos para receber o bebé (Thomaz et al., 2005; Camarneiro et al., 2009). Além disso, o bebé pré-termo é mais pequeno e mais frágil, intensificando os receios dos pais em não conseguirem cuidar dele. Aqueles sentem-se perdidos e incompletos, sendo que o medo de perder o filho, que se torna presente de forma bastante significativa, os remete para o receio de intensificação do vínculo. As mães de bebés pré-termo apresentam mais dificuldades no estabelecimento de interacções positivas e adequadas com o bebé, uma vez que o nascimento pré-termo é um acontecimento imprevisto que provoca elevados níveis de stress, sendo que a mãe muitas vezes apresenta sintomas de ansiedade e depressão, havendo inibição do contacto à nascença, quando comparadas com mães de bebés de termo (Barros, 2001; Camarneiro et al., 2009; Valente & Seabra-Santos, 2011).

1.4. Bebés Pré-termo e Toque

Um bebé pré-termo é um bebé que nasce antes do tempo de gestação atingir o limite desejado, sendo que por vezes está apto para viver. No parto pré-termo, este tipo de nascimento ocorre entre as vinte e as trinta e sete semanas de gestação, independentemente do peso do recém-nascido, surgindo no contexto de contracções uterinas frequentes, regulares e dolorosas, com apagamento e dilatação do colo do útero e consequente expulsão do feto (Papiernik, 1990).

A relação que os bebés pré-termo estabelecem com as suas mães pode não ser fácil. Estes bebés passam, por vezes, semanas sem um contacto próximo com a mãe devido a um

isolamento nas unidades neonatais que não lhes é favorável. Além disso, a prematuridade, por si só, é prejudicial ao estabelecimento de uma boa relação, devido ao impacto negativo que tem nos pais (Campos, 2000).

O facto de, nos primeiros tempos de vida, o bebé estar longe da mãe, pode prejudicar a relação mãe-bebé. Koops e Harmon (1980, cit. por Campos, 2000) referem que a separação física do bebé relativamente aos pais pode contribuir para dificuldades na relação. No entanto, a literatura sobre esta temática salienta a importância do contacto corporal precoce mãe-bebé. É necessário ensinar as mães a tocar os seus bebés, porque muitas vezes são, também elas, “mães pré-termo”, o que acrescenta uma dificuldade à interacção precoce nestas díades (Campos, 2000).

Enquanto ser competente e participante activo na sua relação com o meio, o feto desenvolve todas as suas capacidades e aptidões sensoriais num ambiente intra-uterino, a um ritmo próprio, sendo os últimos três meses de gestação a fase de maior crescimento e especialização cerebral. Tratando-se de um nascimento pré-termo, o ambiente que lhe proporciona estímulos filtrados e sequenciais adequados ao seu nível de desenvolvimento altera-se, ficando o recém-nascido condicionado a um ambiente de alta tecnologia, onde luta pela vida com repercussões para o seu desenvolvimento a curto, médio e a longo prazo. Neste ambiente, deixa de ter experiências sensoriais. O bebé pré-termo está exposto, diariamente, a numerosos estímulos stressantes, devido ao internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. No entanto, é desejável a diminuição a estes estímulos, uma vez que a exposição prolongada ao stress tem sido associada a problemas médicos e neurológicos no recém-nascido (Hernandez-Reif, Diego, & Field, 2007). Estes autores verificaram que os bebés pré-termo que receberam massagens revelaram uma diminuição do stress, bem como a diminuição da ansiedade nos adultos. A massagem traz benefícios tanto para o bebé como para a mãe, uma vez que para além de ser importante para o estabelecimento da vinculação, ajuda na regulação dos sistemas fisiológicos do bebé, verifica-se, também, um aumento do peso bebé, bem como a redução dos dias de internamento (Field, 2001; Figueiredo, 2007). Quanto à mãe, a massagem ajuda a diminuir a depressão pós-parto em mães de bebés pré-termo (Field, 2001).

2. OBJECTIVO E HIPÓTESES

2.1. Questão de Investigação

A interacção mãe-bebé é importante para o desenvolvimento do bebé. Assim, é importante saber quais as variáveis que influenciam positiva ou negativamente a vinculação da mãe ao bebé. No contexto da prematuridade, é importante articular as variáveis psicológicas das mães, as variáveis de saúde do bebé pré-termo e as variáveis de comportamento materno na relação mãe-bebé.

Sendo os momentos imediatamente a seguir ao parto fundamentais para o estabelecimento da relação, de que forma o comportamento materno contribui para a qualidade da relação mãe-bebé em díades pré-termo?

2.2. Objectivo da Investigação

O presente trabalho tem como objectivo estudar a prematuridade e a relação mãe-bebé, mais concretamente a importância do toque materno no estabelecimento da relação precoce em díades pré-termo.

2.3. Hipótese Global:

O toque materno no contexto da díade pré-termo contribui positivamente para a qualidade da relação mãe-bebé.

3. METODOLOGIA

3.1. Definição de Variáveis:

Variável Dependente: Relação mãe-bebé

Variável Independente: Toque materno

Variáveis a controlar: Variáveis psicológicas maternas e variáveis sociodemográficas e clínicas

3.2. Operacionalização de Variáveis (Instrumentos)

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Para operacionalizar as variáveis clínicas maternas e as variáveis do bebé, foi utilizado um Questionário Sociodemográfico e Clínico, construído especificamente para esta investigação (Anexo I). Este é um questionário breve de informações gerais dividido em seis grupos de questões. O primeiro conjunto de questões diz respeito à mãe, recolhendo-se os

dados pessoais: idade, nacionalidade, estatuto conjugal e estatuto laboral. Foram, ainda, solicitados elementos para o cálculo do estatuto socioeconómico (Índice de Graffar): profissão, nível de instrução, fonte de rendimento do agregado familiar, conforto do alojamento, aspecto do bairro habitado. O segundo grupo pretende recolher a mesma informação que o primeiro, mas relativamente ao pai do bebé. O terceiro grupo contém questões relativas à gravidez: se a gravidez foi planeada, desejada e vigiada (se sim a partir de quando e com que frequência). No quarto grupo, foram averiguados os dados relativos ao parto: o tipo de parto, se este foi por cesariana, se esta estava planeada e qual o motivo; o motivo do parto pré-termo, quanto tempo durou o trabalho de parto e se existiu apoio durante este. O quinto grupo de questões diz respeito às questões do bebé: data de nascimento, sexo, peso à nascença, centímetros, índice de Apgar, semanas de gestação e cuidados neonatais. O sexto grupo continha questões relativas ao agregado familiar: composição do agregado familiar, a relação com o pai do bebé, se tem apoio por parte do pai do bebé e se a mãe pode contar com outros apoios quando o bebé for para casa.

Para operacionalizar o toque materno, foi utilizado, também, o Questionário Sociodemográfico e Clínico, no quinto grupo, relativo aos dados do bebé, com as perguntas: Na última semana, quantas vezes visitou o seu bebé? (Visitou o seu bebé todos os dias? Quantas vezes por dia?) Na última semana, quantas vezes pegou no seu bebé? (Sempre que visitou o seu bebé, pegou nele?) Na última semana, quantas vezes ajudou a cuidar do seu bebé (alimentar, dar banho, mudar fraldas, etc.)? Na última semana, quantas vezes fez festinhas ao seu bebé?

3.2.2. Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN)

Para operacionalizar a variável relação mãe-bebé, utilizou-se a Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (Condon & Corkindale, 1998) na sua versão portuguesa (Carrulo, 2011) (Anexo II). Esta escala é constituída por 19 itens, e pode ser dividida em três subescalas: Qualidade da Vinculação (itens 3, 4, 5, 6, 7, 10, 14, 18 e 19); Ausência de Hostilidade (itens 1, 2, 15, 16 e 17) e Prazer na Interação (itens 8, 9, 11, 12 e 13). Cada item consiste numa afirmação directamente relacionada com a interação com o bebé (e.g. “*Acerca do meu nível global de interacção com o bebé, eu:*”). Para cada item, existem diferentes respostas possíveis que se adequam ao modo como a mãe se está a sentir no momento em relação ao exposto na afirmação (e.g. “*Sinto-me muito culpada por não estar mais envolvida*”; “*Sinto-me moderadamente culpada por não estar mais envolvida*”; “*Sinto-me ligeiramente culpada*”).

por não estar mais envolvida” e “Eu não tenho quaisquer sentimentos de culpa em relação a isto”).

3.2.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS), de nome *original Depression, Anxiety & Stress Scale* (DASS), de Lovibond e Lovibond (1995), foi adaptada para a população portuguesa em 2004, por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal. Existem duas versões desta escala que se propõem medir os mesmos constructos; uma versão mais alargada de 42 itens e uma mais reduzida de 21 itens (Anexo III). No presente estudo, foi utilizada a versão de 21 itens, por ser menos exaustiva e, desta forma, mais fácil de aplicar no contexto desta investigação. Esta escala está organizada em três subescalas (Depressão, Ansiedade e Stress) e cada uma delas inclui sete itens. Cada subescala inclui vários conceitos, nomeadamente: Depressão (Disforia, Desânimo, Desvalorização da vida, Auto-depreciação, Falta de interesse ou de envolvimento, Anedonia,); Ansiedade (Excitação do Sistema Autónomo, Efeitos Músculo-Esqueléticos, Ansiedade Situacional e Experiências Subjectivas de Ansiedade) e Stress (Dificuldade em Relaxar, Excitação Nervosa, Facilmente Agitado/Chateado, Irritável/Reacção Exagerada e Impaciência) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Cada item consiste numa afirmação onde é expresso um sintoma emocional negativo (por exemplo, “Tive dificuldade em me acalmar”). Para cada item, a participante deverá indicar em que medida experienciou esse sintoma na última semana. As possibilidades de resposta variam entre quatro opções, de acordo com uma escala de Likert: “(0) Não se aplicou a mim de maneira nenhuma”, “(1) Aplicou-se a mim algumas vezes”, “(2) Aplicou-se a mim muitas vezes” e “(3) Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Desta forma, a participante pode responder sobre como experienciou a situação emocional descrita durante a última semana.

A EADS apresenta uma consistência interna aceitável: Ansiedade (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20; $\alpha = .74$); Depressão (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21; $\alpha = .85$) e Stress (itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18; $\alpha = .81$).

3.2.4. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

Construído por Narciso e Costa (1996), este questionário de auto-relato (Anexo IV) visa a avaliação da satisfação experienciada em várias áreas da vida conjugal, permitindo, simultaneamente, conhecer a dimensão da satisfação global. A escala é composta, no total,

por 44 itens, inicialmente distribuídos por 10 áreas da vida conjugal. Cinco destas áreas contemplavam a *dimensão funcionamento conjugal* (Funções Familiares, Tempos Livres, Autonomia, Relações Extra-Familiares e Comunicação e Conflito) e as restantes cinco áreas contemplavam a *dimensão amor* (Sentimentos e Expressão de Sentimentos, Sexualidade, Intimidade Emocional, Continuidade e Características Físicas e Psicológicas). Contudo, segundo a revisão psicométrica feita com os dados de 2010, passaram a existir 7 subescalas: Intimidade Emocional; Sexualidade; Comunicação/Conflito; Funções Familiares; Rede Social; Autonomia e Tempos Livres.

A escala de Satisfação Conjugal Global, composta pelos 44 itens da EASAVIC, apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .97$). Quanto às subescalas, a consistência interna é, no geral, elevada: Intimidade Emocional (itens 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 e 44; $\alpha = .96$); Sexualidade (itens 23, 24, 25, 26, 27 e 28; $\alpha = .93$); Comunicação/Conflito (itens 14, 15, 16, 17, 18, 21 e 22; $\alpha = .91$); Funções Familiares (itens 1, 2, 3 e 4; $\alpha = .84$); Rede Social (itens 7, 8 e 9; $\alpha = .73$); Autonomia (itens 10, 11, 12 e 13; $\alpha = .82$) e Tempos Livres (itens 5 e 6; $\alpha = .70$).

Cada item consiste numa afirmação que avalia a satisfação em áreas da vida conjugal (por exemplo: “*O modo como gerimos a nossa situação financeira*”). A participante deverá dar a resposta a partir de uma escala de Likert com seis opções de resposta que expressam o seu nível de satisfação: “1 – Nada satisfeito(a)”; “2 – Pouco satisfeito(a)”; “3 – Razoavelmente satisfeito(a)”; “4 – Satisfeito(a)”; “5 – Muito satisfeito(a)” e “6 – Completamente satisfeito(a)”. Dos 44 itens que constituem a EASAVIC, dezasseis focam-se no casal, catorze focam-se no outro e os restantes catorze focam-se no próprio.

3.3. Hipóteses Gerais

Os aspectos do toque (da mãe ao bebé) contribuem significativamente para a explicação da variância da vinculação materna pós-natal, mesmo depois de controladas as variáveis sociodemográficas, as variáveis clínicas da mãe e do bebé e as variáveis psicológicas maternas (satisfação conjugal e estados emocionais negativos).

Hipótese Geral 1:

A quantidade de visitas que a mãe faz ao bebé pré-termo durante o internamento contribui significativamente para explicar a vinculação materna pós-natal.

Hipótese Geral 2:

O número de vezes que a mãe pegou no bebé pré-termo durante o internamento contribui significativamente para explicar a vinculação materna pós-natal.

Hipótese Geral 3:

O número de vezes que a mãe ajudou a cuidar do bebé pré-termo durante o internamento contribui significativamente para explicar a vinculação materna pós-natal.

Hipótese Geral 4:

O número de vezes que a mãe acariciou o bebé pré-termo durante o internamento contribui significativamente para explicar a vinculação materna pós-natal.

3.4. Amostra**3.4.1. Selecção da Amostra**

Tendo em conta a especificidade da amostra pretendida para este estudo, a melhor forma encontrada para o acesso a um conjunto de mães de bebés pré-termo (internados), foi num serviço de saúde onde se encontre este tipo de bebés. Devido à facilidade de contacto com a Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), no âmbito do estágio curricular realizado no mesmo período, foi nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais deste hospital que se recolheu a amostra.

Após ter sido obtida a autorização formal da Comissão de Ética da MAC (Anexo V), em Abril de 2012 teve início a recolha da amostra, mães de bebés pré-termo (idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação) internados na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, tendo sido conseguida uma amostra final de 40 participantes.

3.4.2. Caracterização da Amostra**3.4.2.1. As participantes**

As mães que constituem a amostra têm idades compreendidas entre 24 e 40 anos, sendo que a média de idades é 32.3 anos (DP = 4.0). A maioria é de nacionalidade portuguesa (85%), 7.5% são de nacionalidade brasileira, 5% são de origem africana e 2.5% são provenientes da Europa de Leste. Relativamente ao estatuto conjugal, grande parte das mães é casada (57.5%) ou vive em regime de coabitação (37.5%), tendo um relacionamento, em média, com mais de 9 anos. Quanto ao estatuto laboral, 82.5% das mães entrevistadas

encontram-se no activo, enquanto 17.5% estão sem emprego. No que diz respeito às habilitações literárias, 45% possuem curso superior, 27.5% concluíram o Ensino Secundário, 10% completaram o 9º ano de escolaridade e 17.5% não têm a escolaridade obrigatória (5% possuem 6 anos de estudo com sucesso; 12.5% não concluíram o Ensino Básico – 7.5% têm 3 anos de estudo com sucesso e 5% não frequentaram a escola). Relativamente à profissão, de acordo com a classificação de Graffar, 32.5% têm uma profissão de grau 1 (e.g. directores de bancos, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários, etc.), 5% têm uma profissão de grau 2 (e.g. chefes de secções administrativas, subdirectores de bancos, peritos e técnicos), 25% pertencem ao 3º grau (grupo dos ajudantes técnicos, como: desenhadores; caixeiros; oficiais de primeira; etc.), 7.5% têm uma profissão de 4º grau (grupo dos operários especializados: motoristas; polícias; cozinheiros; etc.) e 30% têm uma profissão de grau 5 (trabalhos manuais não especializados: ajudantes de cozinha; mulheres de limpeza; contínuos; etc.).

A relação com o pai do bebé era um outro aspecto averiguado nas entrevistas. Desta forma, verifica-se que a grande maioria (92.5%) vive com o pai do seu filho. Das três entrevistadas que afirmaram que não vivem com o pai do bebé, apenas uma está com ele todos os dias, outra está com ele uma vez por semana e a outra refere estar com ele algumas vezes por ano. Quanto à relação propriamente dita, 82.5% revelam ter uma relação muito boa com o pai do bebé, 15% referem ter uma boa relação com o pai do bebé e apenas uma das entrevistadas refere que a relação é razoável. No que diz respeito ao apoio prestado pelo pai do bebé, 95% sentem-se frequentemente apoiadas, enquanto 2.5% referem nunca se sentir apoiadas e uma das entrevistadas não respondeu a esta questão (Anexo VI).

3.4.2.2. Os pais

Os companheiros destas mulheres têm idades compreendidas entre os 24 e os 49 anos, com uma média de idades de 33.9 (DP = 5.7). A maioria é de nacionalidade portuguesa (90%), 7.5% são provenientes da Europa de Leste e 2.5% são de origem africana. Relativamente ao estatuto laboral, todos os pais se encontram no activo. No que diz respeito ao nível de instrução, 65% têm 12 ou mais anos de escolaridade (37.5% possuem o 12º ano de escolaridade e 27.5% possuem curso superior), 2.5% têm 11 anos de estudos com sucesso, 2.5% possuem o 9º ano de escolaridade, 25% não têm escolaridade obrigatória (7.5% frequentaram o 3º ciclo, contudo não o concluíram, 12.5% completaram o 2º ciclo e 5% não completaram o 1º ciclo) e 5% não responderam a esta questão. Quanto à profissão, de acordo

com a classificação de Graffar, 27.5% têm uma profissão de 1º grau (e.g. directores de bancos, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários, etc.), 22.5% têm uma profissão de grau 2 (e.g. chefes de secções administrativas, subdirectores de bancos, peritos e técnicos), 17.5% pertencem ao grau 3 (e.g. adjuntos técnicos, desenhadores, caixeiros, oficiais de primeira, etc.), 22.5% têm uma profissão de 4º grau (e.g. motoristas, polícias, cozinheiros, etc.), 2.5% têm uma profissão de grau 5 (e.g. porteiros, ajudantes de cozinha, contínuos, etc.) e 7.5% não responderam a esta questão (Anexo VII).

3.4.2.3. A gravidez

Quanto aos dados relativos à gravidez, foi questionado se esta tinha sido planeada, desejada, vigiada, quantas semanas de gestação tinha a mãe quando descobriu que estava grávida, a regularidade das consultas, se houve problemas durante a gravidez e quais, etc. Desta forma, verifica-se que a gravidez foi planeada para 75% das entrevistadas, foi desejada por 95% e vigiada pela totalidade da amostra, ainda que com uma regularidade diferente (17.5% vigiaram a gravidez semanalmente, 42% quinzenalmente, 35% mensalmente e 5% não especificaram a regularidade das consultas). A maioria das mães (62.5%) teve confirmação da gravidez antes das 7 semanas de gestação ($M = 6.7$, $DP = 3.25$). Relativamente aos problemas durante a gravidez, 65% referem ter tido problemas durante a gestação (25% referem pré-eclâmpsia, 16.7% referem hemorragias, 8.3% referem restrição do crescimento intrauterino, 8.3% referem problemas de placenta e líquido amniótico; 4.2% referem diabetes e 37.5% não especificam o tipo de problemas que teve durante a gravidez).

Achou-se pertinente, ainda, saber a paridade das mães. Desta forma, verificou-se que para 62.5% das entrevistadas esta não foi a primeira gravidez (Anexo VIII).

3.4.2.4. O parto

Relativamente ao parto, verifica-se que a maioria ocorreu por cesariana: 67.5% (65% com epidural e 2.5% com anestesia geral), 15% por parto vaginal com epidural, 15% por parto vaginal sem epidural e 2.5% com recurso a fórceps e ventosa. Dado que a maioria dos partos ocorreu por cesariana, apenas 32.5% das entrevistadas tiveram apoio no trabalho de parto.

Quanto ao motivo do parto pré-termo, 25% das mães referem pré-eclâmpsia, 20% referem ruptura prematura das membranas, 7.5% referem restrição do crescimento

intrauterino, 5% referem gravidez gemelar, 2.5% referem contracções e 40% não especificam o motivo do parto pré-termo (Anexo IX).

3.4.2.5. Os bebés pré-termo

Relativamente aos bebés pré-termo, estes nasceram entre 24 de Fevereiro e 22 de Julho, entre as 26 e as 36 semanas de gestação ($M = 31.8$, $DP = 2.4$). À data da participação no estudo, os bebés tinham idades compreendidas entre os 6 e 74 os dias ($M = 19.8$, $DP = 15.6$). Quanto ao peso à nascença, apenas um bebé nasceu com peso extremamente baixo ($< 800g$), 47.5% dos bebés nasceram com muito baixo peso (entre os 800g e os 1500g) e 50% nasceram com baixo peso (entre os 1500g e 2500g). No que diz respeito ao comprimento, 52.5% mediam entre 30 cm e 39,5 cm quando nasceram e 47.5% mediam entre 40 cm e 47 cm. A maioria dos bebés pertence ao sexo masculino (65%), sendo que 32.5% são do sexo feminino (Anexo X).

3.5. Procedimento

A recolha da amostra decorreu entre os meses de Abril e Julho de 2012, nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais (UCIN) da MAC, depois de concedidas as devidas autorizações para a realização do estudo.

A abordagem às participantes ocorreu nas supracitadas unidades, aquando da visita aos seus bebés. Desta forma, depois de uma breve explicação acerca do objectivo do estudo e do pedido de colaboração neste, foi entregue a Folha de Informação à Participante (Anexo XI). No caso de as mães aceitarem participar na investigação, era-lhes pedido que assinassem aquela folha, bem como a Declaração de Consentimento Informado (Anexo XII). De seguida foi entregue o Caderno de Recolha de Dados constituído por: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Escala de Vinculação Materna Pós-Natal, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress e Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal. Inicialmente estava prevista uma entrevista com cada participante de modo a preencher em conjunto (investigadora-participante) o Questionário Sociodemográfico e Clínico, contudo nem sempre foi possível, devido à indisponibilidade demonstrada pela maioria das mães que preferiram levar os questionários para casa e preenche-los sozinhas, uma vez que quando se encontravam nas UCIN preferiam a interacção com o bebé internado.

Após o preenchimento dos cadernos de recolha de dados, estes foram devolvidos à investigadora e codificados numericamente de modo a organizar os dados, mantendo a confidencialidade.

3.6. Procedimentos Estatísticos

A análise dos dados foi elaborada através do programa *SPSS – versão 19*. Utilizou-se a estatística descritiva de modo a determinar a média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos, bem como o cálculo das frequências e percentagens. Para determinar se as variáveis independentes influenciam as variáveis dependentes utilizou-se a análise de regressão linear múltipla.

4. RESULTADOS

Neste ponto, serão apresentados os resultados obtidos. Antes de mais, será apresentado o estudo da análise de consistência interna das *Escala de Vinculação Materna Pós-Natal* (EVMPN), de *Ansiedade, Depressão e Stress* (EADS) e de *Satisfação em Áreas da Vida Conjugal* (EASAVIC), com recurso ao *Alfa de Cronbach*.

De seguida, será apresentada a estatística descritiva (média, desvio-padrão, o valor máximo e mínimo) das escalas supracitadas.

4.1. Análise de Consistência Interna

4.1.1. Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN)

Relativamente à consistência interna da amostra do presente estudo, a subescala Qualidade da Vinculação foi analisada de duas formas (pode consultar-se a totalidade da análise de consistência interna da EVMPN no Anexo XIII). Inicialmente fez-se a análise com a totalidade dos itens que constituem esta subescala (3, 4, 5, 6, 7, 10, 14, 18 e 19) e obteve-se uma consistência interna muito fraca ($\alpha = .281$), melhorando ligeiramente à medida que se iam eliminando os itens: 19 ($\alpha = .327$); 14 ($\alpha = .380$); 18 ($\alpha = .427$); 7 ($\alpha = .450$); 10 ($\alpha = .471$) e 3 ($\alpha = .491$). Posteriormente procedeu-se à análise dos itens anteriormente eliminados (3, 7, 10, 14, 18 e 19) e encontrou-se uma consistência interna baixa ($\alpha = .427$), contudo esta melhorou ligeiramente à medida que se eliminaram os itens 19 ($\alpha = .489$) e 18 ($\alpha = .518$), melhorando significativamente quando se eliminou o item 14 ($\alpha = .731$).

No que respeita à subescala Ausência de Hostilidade (1, 2, 15, 16 e 17), esta não apresenta consistência interna ($\alpha = .011$), mesmo após a eliminação de vários itens. Por este motivo, decidiu eliminar-se esta subescala da presente investigação.

Quanto à subescala Prazer na Interação (8,9,11,12 e 13), inicialmente, também, apresenta uma consistência interna fraca ($\alpha = .368$) que melhora ligeiramente com a eliminação do item itens 8 ($\alpha = .595$), melhorando significativamente com a eliminação do item 12 ($\alpha = .721$).

Depois de elaborada a análise de consistência interna, esta escala passou a ser constituída por três conjuntos: Qualidade de Vinculação constituída pelos itens 4, 5 e 6, correspondendo aos Sentimentos na Interação; Qualidade de Vinculação com os itens 3, 7 e 10, que corresponde aos Sentimentos em Relação ao Bebê; e Prazer na Interação com os itens 9, 11 e 13.

4.1.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

Relativamente à escala total e subescalas da EADS, conseguiram-se níveis elevados de consistência interna (a análise de consistência interna da EADS pode ser consultada no Anexo XIV). A escala total composta pelos 21 itens apresenta um alfa de Cronbach de .901. Quanto à subescala Ansiedade, com a totalidade dos itens (2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20), apresenta uma consistência interna razoável $\alpha = .794$, contudo a análise aos itens da escala justificou a retirada dos itens 9, 4 e 2, para se obter um alfa mais elevado, de .847. Desta forma, a configuração final desta escala ficou reduzida a 4 itens: 7, 15, 19 e 20. No que diz respeito à subescala Depressão, com a totalidade dos itens (3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21), apresenta uma consistência interna aceitável $\alpha = .737$. No entanto, a retirada dos itens: 3, 16, 13 e 5, melhorou significativamente o alfa ($\alpha = .808$). Quanto à subescala Stress, o seu alfa de Cronbach de .864, sendo elevado não justifica a necessidade de serem alterados os 7 itens inicialmente considerados: itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

4.1.3. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

No que diz respeito à consistência interna da escala total e subescalas, foram conseguidos níveis elevados quando às propriedades psicométricas (a análise de consistência interna da EASAVIC pode ser consultada Anexo XV). A EASAVIC total, com os 44 itens, apresenta uma elevada consistência interna $\alpha = .984$. Quanto às subescalas, a consistência

interna é, no geral, elevada: a subescala Intimidade Emocional com a totalidade dos itens que a constituem, apresenta um alfa elevado ($\alpha = .982$); a subescala Sexualidade, também apresenta um alfa de Cronbach elevado ($\alpha = .976$); quanto à subescala Comunicação/Conflito, esta apresenta, igualmente, uma elevada consistência interna ($\alpha = .914$); relativamente à subescala Funções Familiares, com a totalidade dos itens (1, 2, 3 e 4), apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .872$), no entanto com a eliminação do item 1 conseguiu-se melhorar a consistência interna, elevando o alfa de Cronbach para .906; para a subescala Rede Social o alfa é de .755; a subescala Autonomia com a totalidade dos itens (10, 11, 12 e 13) apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .828$) que pode ser melhorada ao eliminar-se o item 12 ($\alpha = .891$) e o item 13 ($\alpha = .942$) e a subescala Tempos Livres possui uma consistência interna aceitável ($\alpha = .614$).

4.2. Estatística Descritiva

Os dados obtidos através da análise descritiva, fornecem-nos os valores característicos da amostra, relativamente aos parâmetros estudados (poderá consultar-se a totalidade deste processo no Anexo XVI).

Em primeiro lugar, serão apresentados os dados relativos à *Escala de Vinculação Materna Pós-Natal*. Quanto à subescala Qualidade da Vinculação (Sentimentos na Interação), o valor médio é de 12.5, com um desvio padrão de 2.4, em que o valor mínimo foi de 3 e o máximo de 15. Na subescala Qualidade da Vinculação (Sentimentos em Relação ao Bebê), o valor médio é de 14.3, com um desvio padrão de 1.4, em que o valor mínimo foi de 9.9 e o máximo de 15. Quanto à subescala Prazer na Interação, o valor médio é de 4, com um desvio padrão de 1.4, com um valor mínimo de 3 e um máximo de 8.

Relativamente à *Escala de Ansiedade Depressão e Stress*, o valor médio encontrado é de 10.8, com um desvio padrão de 9.1, valor que nos indica alguma heterogeneidade nas respostas. Os valores variam entre 0 e 47.

No que diz respeito à Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal, o valor médio é de 215.4, com um desvio padrão de 41.7, valor que demonstra alguma heterogeneidade nas respostas. O valor mínimo encontrado é de 91 e o máximo é de 264.

4.3. Hipóteses específicas

Tendo em conta que a EVMPN passou a oferecer dados relativos às subescalas Qualidade da Vinculação (Sentimentos na Interação), Qualidade da Vinculação (Sentimentos em Relação ao Bebê) e Prazer na Interação, passamos a ter as seguintes hipóteses específicas:

Hipótese específica 1:

A quantidade de visitas que a mãe faz ao bebê pré-termo durante a última semana de internamento contribui significativamente para explicar a variância da variável vinculação materna pós-natal, nomeadamente os sentimentos maternos na interação.

Hipótese específica 2:

O número de vezes que a mãe pegou no bebê pré-termo durante a última semana de internamento contribui significativamente para explicar a variância da variável vinculação materna pós-natal, nomeadamente os sentimentos maternos na interação.

Hipótese específica 3:

O número de vezes que a mãe ajudou a cuidar do bebê pré-termo durante a última semana de internamento contribui significativamente para explicar a variância da variável vinculação materna pós-natal, nomeadamente os sentimentos maternos na interação.

Hipótese específica 4:

O número de vezes que a mãe acariciou o bebê pré-termo durante a última semana de internamento contribui significativamente para explicar a variância da variável vinculação materna pós-natal, nomeadamente os sentimentos maternos na interação.

Hipótese específica 5:

A quantidade de visitas que a mãe fez ao bebê pré-termo durante a última semana de internamento contribui significativamente para explicar a variância da variável vinculação materna pós-natal, nomeadamente os sentimentos maternos em relação ao bebê.

Hipótese específica 6:

O número de vezes que a mãe pegou no bebê pré-termo durante a última semana de internamento contribui significativamente para explicar a variância da variável vinculação materna pós-natal, nomeadamente os sentimentos maternos em relação ao bebê.

Hipótese específica 7:

O número de vezes que a mãe ajudou a cuidar do bebê pré-termo durante a última semana de internamento contribui significativamente para explicar a variância da variável vinculação materna pós-natal, nomeadamente os sentimentos maternos em relação ao bebê.

Hipótese específica 8:

O número de vezes que a mãe acariciou o bebê pré-termo durante a última semana de internamento contribui significativamente para explicar a variância da variável vinculação materna pós-natal, nomeadamente os sentimentos maternos em relação ao bebê.

Hipótese específica 9:

A quantidade de visitas que a mãe fez ao bebê pré-termo durante a última semana de internamento contribui significativamente para explicar a variância da variável prazer materno na interação.

Hipótese específica 10:

O número de vezes que a mãe pegou no bebê pré-termo durante a última semana de internamento contribui significativamente para explicar a variância da variável prazer materno na interação.

Hipótese específica 11:

O número de vezes que a mãe ajudou a cuidar do bebê pré-termo durante a última semana de internamento contribui significativamente para explicar a variância da variável prazer materno na interação.

Hipótese específica 12:

O número de vezes que a mãe acariciou o bebé pré-termo durante a última semana de internamento contribui significativamente para explicar a variância da variável prazer materno na interacção.

4.4. Testagem das Hipóteses

De modo a testar as hipóteses, procedeu-se à Análise de Regressão, uma vez que esta análise permite explicar a variância das variáveis dependentes em função das variáveis independentes (a Análise de Regressão pode ser consultada na totalidade no Anexo XVII).

As variáveis intervalares utilizadas nas análises de regressão foram submetidas à análise de ajustamento à distribuição normal. As variáveis idade da mãe, número de anos de relacionamento conjugal, peso do bebé à nascença, idade do companheiro não se afastavam significativamente da distribuição normal. Em relação às outras variáveis, a análise dos gráficos Q-Q Plot mostrou que as respectivas distribuições se encontravam dentro dos valores esperados, motivo pelo qual foram aceites para a regressão múltipla (Anexo XVIII).

Devido à existência de multicolinearidade, algumas variáveis tiveram que ser eliminadas, nomeadamente as correspondentes ao nível socioeconómico da mãe, ao número de filhos e ao peso do bebé à nascença. Desta forma, obtivemos seis modelos. No modelo 1 entraram os dados correspondentes às participantes no estudo: idade, estatuto laboral, anos de relacionamento, idade do companheiro e anos de estudo com sucesso do companheiro. O modelo 2 refere-se às características obstétricas, incluindo itens tais como: gravidez planeada, regularidade de consultas, semanas de confirmação da gravidez, número de gravidezes anteriores, tipo de parto, apoio no trabalho de parto e motivo do parto pré-termo. O terceiro modelo refere-se às características do bebé: idade cronológica, sexo, centímetros à nascença, semanas de gestação, cuidados neonatais, amamentação e extracção materna de leite. No modelo 4 introduziu-se o valor total da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress. O quinto modelo comporta o valor total da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal. O modelo 6 refere-se às questões do toque materno, sendo que a variável introduzida será seleccionada de acordo com a hipótese enunciada.

4.3.1. Variável dependente: Qualidade da Vinculação (Sentimentos na Interacção)

Em primeiro lugar, sujeitou-se a teste a variável dependente *Qualidade da Vinculação*, no que diz respeito aos *Sentimentos na Interacção*, de forma a verificar a

influência das outras sobre esta. Desta forma, e tendo em conta as quatro hipóteses específicas que utilizam esta variável dependente, apresentam-se quatro análises de regressão para a testagem das hipóteses.

4.3.1.1. Testagem da hipótese específica 1

Para testar a hipótese específica 1, utilizaram-se os seis modelos anteriormente apresentados, sendo que, neste caso, no modelo 6 foi introduzida a variável referente ao número de visitas que a mãe fez ao bebé, durante a última semana de internamento. Obtiveram-se os seguintes resultados.

Tabela 1 – Análise de regressão para testagem da hipótese específica 1

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.324	.105	-.027	2.44646	.105	.796	5	34	.560
2	.566	.321	-.019	2.43677	.216	1.034	8	26	.437
3	.748	.559	.095	2.29719	.238	1.465	7	19	.238
4	.881	.776	.515	1.68132	.217	17.469	1	18	.001
5	.889	.791	.520	1.67228	.015	1.195	1	17	.290
6	.961	.923	.812	1.04712	.132	27.358	1	16	.000

Como é possível observar, o conjunto de todos os modelos explica 92.3% da variância da variável dependente. Além disso, a introdução do modelo 4 (EADS) contribui significativamente ($p = .001$) para o aumento da variância em causa. De igual modo, a introdução do modelo 6 (quantidade de visitas) também contribui significativamente ($p = .000$) para aumentar a variância explicada da variável dependente. Neste contexto, parece que a hipótese específica 1 foi confirmada.

4.3.1.2. Testagem da hipótese específica 2

Para testar a hipótese específica 2, no modelo 6 foi introduzida a variável referente ao número de vezes que a mãe pegou no bebé, durante a última semana de internamento. Podemos observar os resultados na seguinte tabela.

Tabela 2 – Análise de regressão para testagem da hipótese específica 2

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.324	.105	-.027	2.44646	.105	.796	5	34	.560
2	.566	.321	-.019	2.43677	.216	1.034	8	26	.437
3	.748	.559	.095	2.29719	.238	1.465	7	19	.238
4	.881	.776	.515	1.68132	.217	17.469	1	18	.001
5	.889	.791	.520	1.67228	.015	1.195	1	17	.290
6	.908	.824	.570	1.58253	.033	2.983	1	16	.103

Podemos observar, que o conjunto de todos os modelos explica 82.4% da variância da variável dependente. Tal como no análise de regressão anterior, a introdução do modelo 4 (EADS) contribui significativamente ($p = .001$) para o aumento da variância em causa. No entanto, nenhum dos restantes cinco modelos parece contribuir para aumentar significativamente a explicação da variância da variável dependente. Assim, parece que a hipótese específica 2 não foi confirmada.

4.3.1.3. Testagem da hipótese específica 3

Para testar a hipótese específica 3, no modelo 6 foi introduzida a variável referente ao número de vezes que a mãe ajudou a cuidar do bebé, durante a última semana de internamento. Podemos observar os resultados na seguinte tabela.

Tabela 3 – Análise de regressão para testagem da hipótese específica 3

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.324	.105	-.027	2.44646	.105	.796	5	34	.560
2	.566	.321	-.019	2.43677	.216	1.034	8	26	.437
3	.748	.559	.095	2.29719	.238	1.465	7	19	.238
4	.881	.776	.515	1.68132	.217	17.469	1	18	.001
5	.889	.791	.520	1.67228	.015	1.195	1	17	.290
6	.902	.814	.546	1.62619	.023	1.977	1	16	.179

Como é possível observar, o conjunto de todos os modelos explica 81.4% da variância da variável dependente. Tal como no análise de regressão anterior, apenas a introdução do

modelo 4 (EADS) contribui significativamente ($p = .001$) para o aumento da variância em causa. Nenhum dos restantes cinco modelos parece contribuir para aumentar significativamente a explicação da variância da variável dependente. Desta forma, parece que a hipótese específica 3 não foi confirmada.

4.3.1.4. Testagem da hipótese específica 4

Para testar a hipótese específica 4, a última em que a variável dependente corresponde à *Qualidade da Vinculação – Sentimentos na Interação*, no modelo 6 introduziu-se a variável referente ao número de vezes que a mãe acariciou/fez festinhas ao bebé, no internamento, durante a última semana. Obtiveram-se os seguintes resultados.

Tabela 4 – Análise de regressão para testagem da hipótese específica 4

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.324	.105	-.027	2.44646	.105	.796	5	34	.560
2	.566	.321	-.019	2.43677	.216	1.034	8	26	.437
3	.748	.559	.095	2.29719	.238	1.465	7	19	.238
4	.881	.776	.515	1.68132	.217	17.469	1	18	.001
5	.889	.791	.520	1.67228	.015	1.195	1	17	.290
6	.975	.950	.877	.84538	.159	50.522	1	16	.000

Como é possível observar, o conjunto de todos os modelos explica 95% da variância da variável dependente. Além disso, como se verificou na testagem da hipótese específica 1 a introdução do modelo 4 (EADS) contribui significativamente ($p = .001$) para o aumento da variância em causa, tal como, a introdução do modelo 6 (quantidade de vezes que a mãe acariciou/fez festinhas ao bebé) também contribui significativamente ($p = .000$) para aumentar a variância explicada da variável dependente. Assim, parece que a hipótese específica 4 foi confirmada.

4.3.2. Variável Dependente: Qualidade da Vinculação (Sentimentos em Relação ao Bebé)

Depois do estudo da variável dependente *Qualidade da Vinculação – Sentimentos na Interação*, submeteu-se a estudo a variável dependente: *Qualidade da Vinculação – Sentimentos em Relação ao Bebé*. Assim, e tendo em conta as quatro hipóteses específicas

que utilizam esta variável dependente, apresentam-se as quatro análises de regressão utilizadas para a testagem das hipóteses, sendo que é no modelo 6 que se introduzem alterações, como foi visto anteriormente.

4.3.2.1. Testagem da hipótese específica 5

Para testar a hipótese específica 5, utilizaram-se os seis modelos já apresentados, sendo que, neste caso, no modelo 6 foi introduzida a variável referente ao número de visitas que a mãe fez ao bebê, durante a última semana de internamento. Obtiveram-se os seguintes resultados.

Tabela 5 - Análise de regressão para testagem da hipótese 5

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.272	.074	-.062	1.40021	.074	.545	5	34	.741
2	.639	.408	.112	1.28073	.333	1.830	8	26	.117
3	.809	.654	.291	1.14428	.247	1.939	7	19	.119
4	.815	.664	.272	1.15942	.009	.507	1	18	.486
5	.816	.666	.235	1.18881	.002	.121	1	17	.732
6	.842	.709	.290	1.14471	.042	2.335	1	16	.146

Como é possível observar, o conjunto de todos os modelos explica 70.9% da variância da variável dependente. No entanto, a variância da variável dependente não aumenta significativamente devido à contribuição de nenhum dos seis modelos. Assim, parece que a hipótese específica 5 não foi confirmada.

4.3.2.2. Testagem da hipótese específica 6

Para testar a hipótese específica 6, no modelo 6 foi introduzida a variável referente ao número de vezes que a mãe pegou no bebê, durante a última semana de internamento. Os resultados obtidos foram os seguintes.

Tabela 6 - Análise de regressão para testagem da hipótese específica 6

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.272	.074	-.062	1.40021	.074	.545	5	34	.741
2	.639	.408	.112	1.28073	.333	1.830	8	26	.117
3	.809	.654	.291	1.14428	.247	1.939	7	19	.119
4	.815	.664	.272	1.15942	.009	.507	1	18	.486
5	.816	.666	.235	1.18881	.002	.121	1	17	.732
6	.824	.679	.218	1.20162	.013	.639	1	16	.436

Pode observar-se que o conjunto de todos os modelos explica 67.9% da variância da variável dependente. Tal como na análise anterior, nenhum dos seis modelos parece contribuir para aumentar significativamente a explicação da variância da variável dependente. Desta forma, parece que a hipótese específica 6 não foi confirmada.

4.3.2.3. Testagem da hipótese específica 7

Para testar a hipótese específica 7, no modelo 6 foi introduzida a variável referente ao número de vezes que a mãe ajudou a cuidar do bebé, durante a última semana de internamento. Podemos observar os resultados na seguinte tabela.

Tabela 7 - Análise de regressão para testagem da hipótese específica 7

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.272	.074	-.062	1.40021	.074	.545	5	34	.741
2	.639	.408	.112	1.28073	.333	1.830	8	26	.117
3	.809	.654	.291	1.14428	.247	1.939	7	19	.119
4	.815	.664	.272	1.15942	.009	.507	1	18	.486
5	.816	.666	.235	1.18881	.002	.121	1	17	.732
6	.845	.715	.304	1.13337	.048	2.704	1	16	.120

Como se pode verificar, o conjunto de todos os modelos explica 71.5% da variância da variável dependente. No entanto a variância da variável dependente não aumenta significativamente devido à contribuição de nenhum dos seis modelos. Assim, parece que a hipótese específica 7 não foi confirmada.

4.3.2.4. Testagem da hipótese específica 8

Para testar a hipótese específica 8, a última em que a variável dependente corresponde à *Qualidade da Vinculação – Sentimentos em Relação ao Bebê*, no modelo 6 introduziu-se a variável referente ao número de vezes que a mãe acariciou/fez festinhas ao bebê, no internamento, durante a última semana. Obtiveram-se os seguintes resultados.

Tabela 8 - Análise de regressão para testagem da hipótese específica 8

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.272	.074	-.062	1.40021	.074	.545	5	34	.741
2	.639	.408	.112	1.28073	.333	1.830	8	26	.117
3	.809	.654	.291	1.14428	.247	1.939	7	19	.119
4	.815	.664	.272	1.15942	.009	.507	1	18	.486
5	.816	.666	.235	1.18881	.002	.121	1	17	.732
6	.835	.697	.261	1.16781	.031	1.617	1	16	.222

Como é possível observar, o conjunto de todos os modelos explica 69.7% da variância da variável dependente. Contudo, nenhum dos seis modelos contribui para aumentar significativamente a explicação da variância da variável dependente. Neste contexto, parece que a hipótese específica 8 não foi confirmada.

4.3.3. Variável Dependente: Prazer na Interação

Por último analisou-se variável dependente *Prazer na Interação* de forma a verificar a influência das outras sobre esta. Desta forma, tendo em conta as quatro hipóteses específicas que utilizam esta variável dependente, apresentam-se as quatro análises de regressão utilizadas para a testagem das hipóteses, sendo que no modelo 6 que são introduzidas alterações, como foi visto anteriormente.

4.3.3.1. Testagem da hipótese específica 9

Para testar a hipótese específica 9, foram utilizados os seis modelos anteriormente apresentados, neste caso, no modelo 6 foi introduzida a variável referente ao número de visitas que a mãe fez ao bebê, durante a última semana de internamento. Obtiveram-se os seguintes resultados.

Tabela 9 - Análise de regressão para testagem da hipótese específica 9

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.358	.128	.000	1.37756	.128	.999	5	34	.433
2	.544	.295	-.057	1.41612	.167	.772	8	26	.631
3	.690	.477	-.074	1.42774	.181	.940	7	19	.500
4	.706	.498	-.088	1.43648	.021	.770	1	18	.392
5	.706	.499	-.150	1.47706	.001	.025	1	17	.877
6	.720	.518	-.175	1.49323	.019	.634	1	16	.438

Como se pode verificar, o conjunto de todos os modelos explica 51.8% da variância da variável dependente. Contudo, nenhum modelo parece contribuir para aumentar significativamente a explicação da variância da variável dependente. Desta forma, parece que a hipótese específica 9 não foi confirmada.

4.3.3.2 Testagem da hipótese específica 10

Para testar a hipótese específica 10, no modelo 6 foi introduzida a variável referente ao número de vezes que a mãe pegou no bebê, durante a última semana no internamento. Os resultados obtidos foram os seguintes.

Tabela 10 - Análise de regressão para testagem da hipótese específica 10

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.358	.128	.000	1.37756	.128	.999	5	34	.433
2	.544	.295	-.057	1.41612	.167	.772	8	26	.631
3	.690	.477	-.074	1.42774	.181	.940	7	19	.500
4	.706	.498	-.088	1.43648	.021	.770	1	18	.392
5	.706	.499	-.150	1.47706	.001	.025	1	17	.877
6	.749	.561	-.071	1.42526	.062	2.258	1	16	.152

De acordo com a análise de regressão, o conjunto de todos os modelos explica 56.1% da variância da variável dependente. No entanto, nenhum modelo parece contribuir para aumentar significativamente a explicação da variância da variável dependente. Assim, parece que a hipótese específica 10 não foi confirmada.

4.3.3.3. Testagem da hipótese específica 11

Para testar a hipótese específica 11, no modelo 6 foi introduzida a variável referente ao número de vezes que a mãe ajudou a cuidar do bebê, no internamento, durante a última semana. Obtiveram-se os seguintes resultados.

Tabela 11 - Análise de regressão para testagem da hipótese específica 11

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.358	.128	.000	1.37756	.128	.999	5	34	.433
2	.544	.295	-.057	1.41612	.167	.772	8	26	.631
3	.690	.477	-.074	1.42774	.181	.940	7	19	.500
4	.706	.498	-.088	1.43648	.021	.770	1	18	.392
5	.706	.499	-.150	1.47706	.001	.025	1	17	.877
6	.743	.552	-.092	1.43912	.053	1.908	1	16	.186

Como se pode verificar, o conjunto de todos os modelos explica 55.2% da variância da variável dependente. Tal como nas análises de regressão anteriores, nenhum modelo parece contribuir para aumentar significativamente a explicação da variância da variável dependente. Assim, parece que a hipótese específica 11 não foi confirmada.

4.3.3.4. Testagem da hipótese específica 12

Para testar a hipótese específica 12, no modelo 6 introduziu-se a variável referente ao número de vezes que a mãe acariciou/fez festinhas ao bebê, no internamento, durante a última semana. Obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 12 - Análise de regressão para testagem da hipótese específica 12

Modelo	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.358 ^a	.128	.000	1.37756	.128	.999	5	34	.433
2	.544 ^b	.295	-.057	1.41612	.167	.772	8	26	.631
3	.690 ^c	.477	-.074	1.42774	.181	.940	7	19	.500
4	.706 ^d	.498	-.088	1.43648	.021	.770	1	18	.392
5	.706 ^e	.499	-.150	1.47706	.001	.025	1	17	.877
6	.711 ^f	.505	-.205	1.51233	.007	.216	1	16	.648

Como se pode verificar, o conjunto de todos os modelos explica 50.5% da variância da variável dependente. No entanto a variância da variável dependente não aumenta significativamente devido à contribuição de nenhum dos seis modelos. Assim, parece que a hipótese específica 12 não foi confirmada.

5. Discussão dos Resultados e Principais Conclusões

Neste ponto, procede-se à discussão dos resultados obtidos, seguindo-se a sequência utilizada na análise de regressão. Mas, mais importante que obter resultados significativos, espera-se que esta investigação sirva de inspiração para novos estudos acerca do tema.

Tendo em conta a análise, pode afirmar-se que a primeira hipótese é confirmada, segundo a qual a variância da variável vinculação materna pós-natal, nomeadamente os sentimentos na interacção, podem ser influenciados pela quantidade de visitas que a mãe faz ao bebé pré-termo durante a última semana de internamento. Verifica-se também que o modelo 4 (EADS) contribui significativamente ($p = .001$) para o aumento da variância em causa.

De acordo com a análise, a hipótese 2 não se confirma, ou seja, o número de vezes que a mãe pegou no bebé não influencia a variância da variável qualidade da vinculação. Isto pode ser explicado pelo facto de alguns bebés, devido à sua manifesta fragilidade não poderem ser pegados ao colo. O que não significa que a mãe não queira pegar no bebé; pode significar que não o faz por estar impedida pelo estado clínico do bebé. O mesmo se verifica na terceira hipótese, que também não se confirma e, segundo a qual a *Qualidade da Vinculação – Sentimentos na Interacção* pode ser explicada pelo número de vezes que a mãe ajudou a cuidar do bebé no internamento. Contudo, estas hipóteses podem ser testadas em novas investigações.

Prevía-se que o número de vezes que a mãe acariciou/fez festinhas ao bebé influenciasse significativamente os sentimentos maternos na interacção, uma vez que a literatura existente salienta a importância do contacto corporal precoce mãe-bebé, e esta hipótese (Hipótese 4) confirmou-se.

Depois do estudo da variância da variável dependente *Qualidade da Vinculação – Sentimentos na Interacção*, submeteu-se a estudo a variável dependente: *Qualidade da Vinculação – Sentimentos em Relação ao Bebé*. Relativamente à hipótese 5, previa-se a confirmação desta, segundo a qual o número de visitas que a mãe fez ao bebé, durante o internamento, influencia a *Qualidade da Vinculação – Sentimentos em Relação ao Bebé*.

Contudo, esta hipótese não foi confirmada. Verifica-se, também, que esta variável não é influenciada por nenhuma das outras variáveis em estudo (características da mãe, características obstétricas, características do bebé, EADS e EASAVIC).

A quantidade de vezes que a mãe pegou no bebé pré-termo, durante o internamento, parece não explicar a variância da variável sentimentos maternos em relação ao bebé; desta forma, a hipótese específica 6 não se confirma.

Como se pode verificar através da análise, a variável número de vezes que a mãe ajudou a cuidar do bebé pré-termo no internamento não explica a variância da variável *Qualidade da Vinculação – Sentimentos em Relação ao Bebé*. Assim, a hipótese específica 7, também, não se confirma.

Relativamente à hipótese 8, segundo a qual a variância da variável *Qualidade da Vinculação – Sentimentos em Relação ao Bebé* é explicada pela variável número de vezes que a mãe acariciou/fez festinhas ao bebé, não se confirmou, ao contrário do que seria de esperar, tendo em conta a variância da variável anterior (*Qualidade da Vinculação – Sentimentos na Interação*).

Por último, analisou-se a variância da variável dependente *Prazer na Interação* de forma a verificar se as variáveis independentes a explicam. No entanto, verificou-se que nenhuma das quatro hipóteses específicas se confirmou. Ou seja, o *Prazer na Interação* não é influenciado por nenhuma variável independente (características da mãe, características obstétricas, características do bebé, EADS, EASAVIC, número de visitas que a mãe fez ao bebé pré-termo durante a última semana, no internamento, número de vezes que a mãe pegou no bebé pré-termo durante a última semana, no internamento, número de vezes que a mãe ajudou a cuidar do bebé durante a última semana, no internamento e quantidade de vezes que a mãe acariciou o bebé durante a última semana no internamento). Portanto, as hipóteses 9, 10, 11 e 12 não foram confirmadas, ou seja, as variáveis independentes não explicam a variância da variável prazer na interação.

Tendo em conta os resultados acima descritos, apenas duas hipóteses foram confirmadas. A *Qualidade da Vinculação – Sentimentos na Interação*, é explicada pela *quantidade vezes que a mãe visitou o bebé pré-termo na última semana de internamento e pelo número de vezes que a mãe acariciou/fez festinhas ao bebé pré-termo durante a última semana de internamento*. O número de vezes que a mãe pegou ou ajudou a cuidar do bebé pré-termo parece não influenciar qualquer das variâncias das variáveis dependentes. O

mesmo se verifica para as variáveis relativas às características da mãe, obstétricas, do bebé e à EASAVIC, que não influenciam nenhuma variância das variáveis dependentes.

A realização deste estudo contém várias limitações transversais a toda a investigação, sendo benéfica a sua identificação, de modo a prevenir o seu aparecimento em futuras investigações, aumentando desta forma o potencial das mesmas.

Em primeiro lugar, é importante referir as limitações geradas pela aplicação dos questionários, devido à sua extensão. A falta de disponibilidade das mães, também, foi uma limitação ao estudo, uma vez que aceitavam participar no estudo, contudo acabaram por não devolver o caderno de dados, o que fez com que a amostra fosse reduzida. Ainda no que diz respeito aos questionários, na EVMPN e na EASAVIC as participantes podiam estar sujeitas ao efeito da desejabilidade social, o que pode ter influenciado os resultados.

Uma outra limitação está relacionada com a amostra propriamente dita, na medida em que relativamente às questões do toque acabou por ser muito padronizada. Talvez fosse interessante ter na amostra mães que raramente visitam os filhos e comparar os resultados com os desta amostra.

Referências bibliográficas:

Ananth, C. V., & Vintzileos, A. M. (2006). Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19 (12), 773-782.

Ananth, C. V., Peltier, M. R., Getahun, D., Kirby, R. S., & Vintzileos, A. M. (2007). Primiparity: An “intermediate” risk group for spontaneous and medically indicated preterm birth. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 20 (8), 605-611.

Barros, L. (2001). O bebé nascido em situação de risco. In M.C. Canavarro (ED.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.235-250).Coimbra: Quarteto Editora.

Berle, J. O., Mykletum, A., Daltveit, A. K., Rasmussen, S., Holsen, F., & Dahl, A. A. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 181-189.

Botelho, T. M., & Leal, I. (2007). Personalidade da mãe prematura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (1), 127-142.

Brazelton, T., & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. 5ª ed. Lisboa: Terramar.

Brazelton, T. B. (1995). *O grande livro da criança*. 12ª ed. Lisboa: Editorial Presença.

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28 (5), 759-775.

Camarneiro, A. P., Alves, C. A., Ferreira, A. P., & Gomes, A. I. (2009). Interacção mãe-bebé prematuro numa unidade de cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40 (2), 53-57.

Campos, R. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, 1 (XVIII), 15-35.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (ED.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade. Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (ED.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp.225-256). Lisboa: Fim de Século.

Carrulo, J. (2011). Versão portuguesa da escala Maternal Postnatal Attachment Scale em fase de adaptação; Doutoramento em Psicologia Clínica na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Challis, J. R. G. (2001). Understanding pre-term birth. *Clinical & Investigative Medicine*, 24 (1), 60-67.

Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 381-398.

Condon, J. T., & Corkindale, C. (1998). The assessment of parental-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16 (1), pp. 57-77.

Cripe, S. W., Frederick, I. O., Qiu, C., & Williams, M. A. (2011). Risk of preterm delivery and hypertensive disorders of pregnancy in relation to maternal co-morbid mood and migraine disorders during pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 25, 116-123.

Culhane, J. F., Rauh, V., McCollum, K. F., Hogan, V. K., Agnew, K., & Wadhwa, P. D. (2001). Maternal stress is associated with bacterial vaginosis in human pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 5 (2). 127-134.

Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 25-32.

Farkas, C., Santelices, M. P., Aracena, M., & Pinedo, J. (2008). Apego y ajuste socio emocional: un estudio en embarazadas primigestas. *Psyke*. 17 (1). 65-80.

Feliciano, F. (2007). *Método Canguru: o prosseguir da vinculação pais – bebé prematuro*. Coimbra: Almedina.

Field, T. (2001). Massage therapy facilitates weight gain in preterm infants. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (2), 51-54.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (3), 521-539.

Figueiredo, B. (2005). Depressão na gravidez: quais as consequências para a mãe e o bebé? In I. Leal (ED.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp.23-47). Lisboa: Fim de Século.

Figueiredo, B. (2005). Bonding pais-bebé. In I. Leal (ED.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp.287-314). Lisboa: Fim de Século.

Figueiredo, B. (2007). Massagem ao bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38 (1), 29-38.

Fleming, M. (2005). Um modelo em dupla hélice do desenvolvimento psicológico: vinculação/separação ao longo do ciclo de vida. In M. Fleming, *Entre o medo e o desejo de crescer* (pp.17-31). Porto: Edições Afrontamento.

Freitas, O., Lopes, E., Figueiredo, M. & Cunha, O. (2010). Efeitos da massagem no ganho ponderal do recém-nascido pré-termo. *Revista de Enfermagem Referência*, 1 (III), 39-52.

Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology*, 27 (1), 43-51.

Goldenberg, R. L., Hauth, J. C., & Andrews, W. W. (2000). Intrauterine infection and preterm delivery. *The New England Journal of Medicine*, 342 (20), 1500-1507.

Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da “Antenatal emotional attachment scale”. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (2), 153-165.

Hernandez-Reif, M., Diego, M., & Field, T. (2007). Preterm infants show reduced stress behaviors and activity after 5 days of massage therapy. *Infant Behavior & Development*, 30 (4), 557-561.

Hsu, H. C., & Fogel, A. (2003). Stability and transition in mother-infant face-to-face communication during the first 6 months: a microhistorical approach. *Developmental Psychology*, 39 (6), 1061-1082.

Kramer, M. S., Goulet, L., Lydon, J., Séguin, L., McNamara, H., Dassa, C., Platt, R. W., Chen, M. F., Gauthier, H., Genest, J., Kahn, S., Libman, M., Rozen, R., Masse, A., Miner, L., Asselin, G., Benjamin, A., Klein, J., & Koren, G. (2001). Socio-economic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 15 (2), 104-123.

Leal, I. (2005). Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. In I. Leal (ED.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp.9-19). Lisboa: Fim de Século.

Morgan, M. A., Goldenberg, R. L., & Schulkin, J. (2008). Obstetrician-gynecologist's practices regarding preterm birth at the limit of viability. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicines*, 21 (2), 115-121.

Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.

Narciso, I. (2010). *Revisão Psicométrica da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal* (comunicação informal sobre estudo ainda não publicado).

Nascimento, M. J. (2003). Preparar o nascimento. *Análise Psicológica*, 1 (XXI), 47-51.

Odendaal, H. J., Human, M., Groenewald, C. A., & Bavanisha, V. (2011). Effects of maternal stress and anxiety during pregnancy on the fetus. *Obstetrics & Gynaecology Forum*, 21 (1), 26-30.

Orr, S. T., Reiter, J. P., Blazer, D. G., & James, S. A. (2007). Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosomatic Medicine*, 69, 566-570.

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (2), 229-239.

Papiernik, E. (1990). *Guia Prático da Gravidez* (p.249). 3ª ed. Lisboa: Terramar.

Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Rato, P. I. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 406-413.

Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D., & Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18 (4). 333-345.

Rondó, P. H., Ferreira, R. F., Nogueira, F., Ribeiro, M. C. N., Lobert, H., & Artes, R. (2003). Maternal psychological of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 266-272.

Sá, E. (2001). Prioridades da psicologia para a saúde materno-infantil. In E. Sá (ED.), *Psicologia do Feto e do Bebê* (pp.119-122). 3ª ed. Lisboa: Fim de Século.

Sá, E., & Biscaia, J. (2004). A gravidez no pensamento das mães. Contributo para a avaliação da gravidez através do desenho. In E. Sá (ED.), *A Maternidade e o Bebê* (pp.13-21). 2ª ed. Lisboa: Fim de Século.

Sá, E. (2004). Aspectos psicológicos da esterilidade e da infertilidade. In E. Sá (ED.), *A Maternidade e o Bebê* (pp.35-43). 2ª ed. Lisboa: Fim de Século.

Sá, E. (2004). Diagnóstico pré-natal. Alguns pensamentos. In E. Sá (ED.), *A Maternidade e o Bebê* (pp.23-33). 2ª ed. Lisboa: Fim de Século.

Sandbrook, S. P., & Adamson-Macedo, E. N. (2004). Maternal-fetal attachment: searching for a new definition. In E. N. Adamson-Macedo (ED.) *Expanding Frontiers of Neonatology* (pp.169-182).

Soares, I. (2001). Vinculação e cuidados maternos. In M. C. Canavarro (ED.) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.75-104).

Thomaz, A. C., Lima, M. R., Tavares, C. H., & Oliveira, C. G. (2005). Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estudos de Psicologia*, 10 (1), 139-146.

Valente, A. S., Seabra-Santos, M. J. (2011). Nascimento prematuro de muito baixo peso: impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (1), 1-7.

Wadhwa, P. D., Culhane, J. F., Rauh, V., & Barve, S. S. (2001). Stress and preterm birth: neuroendocrine, immune/inflammatory, and vascular mechanisms. *Maternal and Child Health Journal*, 5 (2). 119-125.

Wadhwa, P. D., Culhane, J. F., Rauh, V., Barve, S. S., Hogan, V., Sandman, C. A., Hobel, C. J., Chicz-DeMet, A., Dunkel-Schetter, C., Garite, T. J., & Glynn, L. (2001). Stress, infection and preterm birth: a biobehavioural perspective. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 15 (2). 17-29.

Whisman, M. A., Davila, J., & Goodman, S. H. (2011). Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology*, 25 (3). 375-383.

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Data de aplicação: __/__/__

A. DADOS PESSOAIS DA PARTICIPANTE

1. Nacionalidade: _____
2. Idade: ____
3. Estatuto conjugal: Solteira:____ Casada: ____ União de facto: ____ Divorciada: ____ Viúva: ____ Outro:____
4. Número de anos de estudo com sucesso:_____
5. Estatuto laboral: Activo ____ Desempregado ____ Reformado ____
Se activo: Empregado/Conta própria/Empresário
6. NSE: ____ P: ____ I: ____ FRF: ____ CA: ____ ABH: ____ Total: ____

B. DADOS PESSOAIS DO COMPANHEIRO

1. Nacionalidade: _____
2. Idade: ____
3. Estatuto conjugal: Solteiro:____ Casado: ____ União de facto: ____ Divorciado: ____ Viúvo: ____ Outro:____
4. Número de anos de estudo com sucesso:_____
5. Estatuto laboral: Activo ____ Desempregado ____ Reformado ____
Se activo: Empregado/Conta própria/Empresário
6. NSE: ____ P: ____ I: ____ FRF: ____ CA: ____ ABH: ____ Total: ____

C. DADOS RELATIVOS À GRAVIDEZ, HISTÓRIA OBSTÉTRICA

1. Gravidez planeada : Sim__ Não__
2. Gravidez desejada: Sim __ Não__
3. História obstétrica _____
4. Vigiou a gravidez? Sim__ Não__
 - 4.1. Se sim, a partir de quando _____
 - 4.2. Com que frequência: Semanalmente__ Quinzenalmente__ Mensalmente__
Outra__
5. Consumos _____ Incidências clínicas _____ Eventos _____

D. DADOS RELATIVOS AO PARTO

1. Tipo de parto: Vaginal SE ___ Vaginal CE___ Fórceps___ Ventosa___
Cesariana com anestesia geral ___ Cesariana com epidural ___
2. Se o parto foi por cesariana: estava planeada? ___
Qual o motivo: Hipertensão ___ Diabetes ___ Escolha pessoal ___ Outro___
3. Motivo do parto pré-termo_____
4. Quanto tempo esteve em trabalho de parto _____
5. Quem esteve consigo durante o trabalho de parto _____

E. DADOS RELATIVOS AO BEBÉ

1. Data de nascimento: __/__/____
2. Sexo: _____
3. Peso à nascença: _____
4. Centímetros à nascença: _____
5. Índice de Apgar: ____/____/____
6. Semanas de gestação:____
7. Cuidados neonatais: Incubadora___ Ventilação___ Alimentação por sonda___
Alimentação_____
8. Na última semana, quantas vezes visitou o seu bebé? (Visitou o seu bebé todos os dias?
Quantas vezes por dia?) _____
9. Na última semana, quantas vezes pegou no seu bebé? (Sempre que visitou o seu bebé
pegou nele?) _____
10. Na última semana, quantas vezes ajudou a cuidar do seu bebé (alimentar, dar banho,
mudar fraldas, etc.)?_____
11. Na última semana, quantas vezes fez festinhas ao seu bebé?_____

F. DADOS RELATIVOS AO AGREGADO FAMILIAR

- 1.Composição do agregado familiar: _____

2. A relação com o pai do bebé é: MB:___ B:___ R:___ M:___ MM:___ I:___
3. Sente-se apoiada pelo pai do bebé: S: ___ F: ___ Às vezes:___ R: ___ N:___
4. Acha que vai poder contar com outros apoios, depois de levar o bebé para casa?_____

ESCALA DE VINCULAÇÃO MATERNA PÓS-NATAL

© Condon, J. T. & Corkindale, C. J. (1998)

Versão Portuguesa de Carrulo, J. (2011)

Doutoramento em Psicologia Clínica; Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

PM1 Quando eu estou a cuidar do bebé, eu tenho sentimentos de aborrecimento ou irritação:

- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Muito raramente
- ☐ Nunca

PM2 Quando eu estou a cuidar do bebé, eu tenho a sensação de que a criança está a ser propositadamente difícil ou a tentar chatear-me:

- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Muito raramente
- ☐ Nunca

PM3 Nas últimas duas semanas, eu descreveria os meus sentimentos em relação ao bebé como:

- ☐ Antipatia
- ☐ Nenhum sentimento forte para com o bebé
- ☐ Paixão ligeira
- ☐ Paixão moderada
- ☐ Paixão intensa

PM4

Acerca do meu nível global de interacção com o bebé, eu:

- ☐ Sinto-me muito culpada por não estar mais envolvida
- ☐ Sinto-me moderadamente culpada por não estar mais envolvida
- ☐ Sinto-me ligeiramente culpada por não estar mais envolvida
- ☐ Eu não tenho quaisquer sentimentos de culpa em relação a isto

PM5

Quando eu estou a interagir com o bebé, eu sinto-me:

- ☐ Muito incompetente e com falta de confiança
- ☐ Moderadamente incompetente e com falta de confiança
- ☐ Moderadamente competente e confiante
- ☐ Muito competente e confiante

PM6

Quando eu estou com o bebé, sinto-me tensa e ansiosa:

- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Quase nunca

PM7

Quando eu estou com o bebé e outras pessoas estão presentes, eu sinto-me orgulhosa do bebé:

- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Quase nunca

PM8 Eu tento envolver-me o máximo possível BRINCANDO com o bebé:

☐ Isto é verdadeiro

☐ Isto é falso

PM9 Quando eu tenho de deixar o bebé:

☐ Eu costumo sentir-me um pouco triste (ou é difícil deixar)

☐ Eu, às vezes, sinto-me um pouco triste (ou é difícil deixar)

☐ Eu tenho uma mistura de sentimentos de tristeza e alívio

☐ Eu, às vezes, sinto-me um pouco aliviada (e é fácil deixar)

☐ Eu costumo sentir-me um pouco aliviada (e é fácil deixar)

PM10 Quando eu estou com o bebé:

☐ Eu tenho sempre imenso prazer/satisfação

☐ Eu, frequentemente, tenho imenso prazer/satisfação

☐ Eu, ocasionalmente, tenho imenso prazer/satisfação

☐ Eu, muito raramente, tenho imenso prazer/satisfação

PM11 Quando eu não estou com o bebé, eu dou por mim a pensar acerca do bebé:

☐ Quase o tempo todo

☐ Muito frequentemente

☐ Frequentemente

☐ Ocasionalmente

☐ De modo nenhum

PM12

Quando eu estou com o bebé:

☐

Eu costumo tentar prolongar o tempo que gasto com ele/ela

☐

Eu costumo tentar encurtar o tempo que gasto com ele/ela

PM13

Quando eu tenho estado afastada do bebé por algum tempo e estou quase a voltar para ele/ela de novo, eu costumo sentir:

☐

Prazer intenso com a ideia

☐

Prazer moderado com a ideia

☐

Prazer ligeiro com a ideia

☐

Nenhum sentimento acerca da ideia

☐

Sentimentos negativos acerca da ideia

PM14

Eu agora penso em relação ao bebé como:

☐

Sendo realmente o meu bebé

☐

Sendo um bocadinho o meu bebé

☐

Ainda não sendo, realmente, o meu bebé

PM15

Acerca das coisas que nós tivemos de desistir por causa do bebé:

☐

Eu acho que eu fico muito ofendida

☐

Eu acho que eu fico moderadamente ofendida

☐

Eu acho que eu fico um pouco ofendida

☐

Eu acho que eu não fico nada ofendida

PM16 Nos últimos três meses, eu tenho sentido que eu não tenho tempo suficiente para mim ou para perseguir os meus próprios interesses:

- ☐ Quase todo o tempo
- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ De modo nenhum

PM17 Cuidar deste bebé é uma responsabilidade muito pesada. Creio que isto é:

- ☐ Exactamente assim
- ☐ Mais ou menos assim
- ☐ Ligeiramente assim
- ☐ De modo nenhum

PM18 Eu confio no meu próprio julgamento para decidir o que o bebé precisa:

- ☐ Quase nunca
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Quase todo o tempo

PM19 Normalmente, quando eu estou com o bebé:

- ☐ Eu sou muito impaciente
- ☐ Eu sou um pouco impaciente
- ☐ Eu sou moderadamente paciente
- ☐ Eu sou extremamente paciente

E. A. D. & S.

(Lovibond & Lovibond, 1995 ; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)

Por favor, leia cada uma das afirmações que se seguem e diga-nos **em que medida é que essa afirmação se aplicou a si durante a última semana**. Para isso, escolha uma das respostas possíveis (0, 1, 2 ou 3) e depois assinale-a com um círculo. A classificação das respostas é a seguinte:

0	1	2	3
Não se aplicou a mim de maneira nenhuma	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

1- Tive dificuldade em me acalmar	0	1	2	3
2- Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3- Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4- Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5- Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6- Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7- Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8- Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9- Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10- Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11- Dei por mim a ficar agitada	0	1	2	3
12- Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13- Senti-me demasiado melancólica	0	1	2	3
14- Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15- Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16- Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17- Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18- Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19- Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20- Senti-me assustada sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21- Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3



EASAVIC

(Narciso, I. & Costa, M. E., 1996)

Instruções:

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada afirmação:

- 1- Nada satisfeito (a); 2- Pouco Satisfeito(a); 3- Razoavelmente Satisfeito (a); 4- Satisfeito(a); 5- Muito satisfeito (a); 6- Completamente Satisfeito (a)

Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que você sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

Por exemplo, se em relação ao item: "Relativamente à quantidade de tempos livres", você se sente completamente satisfeito (a), deverá rodear com um círculo o número 6 da escala.

- | | |
|--|-------------|
| 1. O modo como gerimos a nossa situação financeira | 1 2 3 4 5 6 |
| 2. A distribuição de tarefas domésticas..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 3. O modo como tomamos decisões..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 4. A distribuição de responsabilidades..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 5. O modo como passamos os tempos livres..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 6. A quantidade de tempos livres..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 7. O modo como nos relacionamos com os amigos..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 8. O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 9. O modo como nos relacionamos com a minha família..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 10. A minha privacidade e autonomia..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 11. A privacidade e autonomia do meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 12. A nossa relação com a minha profissão | 1 2 3 4 5 6 |
| 13. A nossa relação com a profissão do meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 14. A frequência com que conversamos..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 15. O modo como conversamos | 1 2 3 4 5 6 |
| 16. Os assuntos sobre os quais conversamos..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 17. A frequência dos conflitos que temos..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 18. O modo como resolvemos os conflitos..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 19. O que sinto pelo meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 20. O que o meu cônjuge sente por mim..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 21. O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 24. O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 25. A frequência com que temos relações sexuais..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 27. O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 28. A qualidade das nossas relações sexuais..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 29. O apoio emocional que dou ao meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 31. A confiança que tenho no meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 34. A admiração que o meu cônjuge sente por mim..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 35. A partilha de interesses e actividades..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 36. A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 37. A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 38. Os nossos projectos para o futuro..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 40. As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação. | 1 2 3 4 5 6 |
| 41. O aspecto físico do meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 43. As características e hábitos do meu cônjuge..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos..... | 1 2 3 4 5 6 |

**Exmo. Senhor Presidente da Comissão de
Ética para a Saúde da Maternidade Dr.
Alfredo da Costa**

Assunto: Pedido de apreciação e parecer sobre o estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Ana Sofia Paulino da Silva

Título do projecto de investigação: “A importância do toque como factor determinante do estabelecimento da relação mãe-bebé em díades pré-termo”

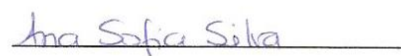
Pretendendo realizar no Serviço de Neonatologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, a apreciação e parecer para a sua efectivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética da MAC respeitante a estudos/projectos de investigação

Com os melhores cumprimentos.

Lisboa, 1 de Fevereiro de 2012

A investigadora



(Ana Sofia Paulino da Silva)

INFORMAÇÃO À PARTICIPANTE

Título do estudo: “A importância do toque como factor determinante do estabelecimento da relação mãe-bebé em díades pré-termo”.

Este documento contém explicações sobre a investigação em Psicologia para a qual Ana Sofia Paulino da Silva, estudante do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, a convidou a participar. Sendo assim, se ao ler esta folha de informações houver algo que não entenda ou se quiser mais informações sobre o estudo, Ana Sofia Silva coloca-se à sua disposição para responder a qualquer dúvida ou questão que surja.

A sua participação neste estudo é voluntária. Pode levar o tempo que quiser para decidir se quer ou não que os seus dados sejam registados neste estudo. Poderá decidir não participar ou poderá sair do estudo a qualquer momento, sem quaisquer obrigações, penalizações, sem precisar de dar justificações e sem prejuízo dos seus cuidados médicos. Ou seja, qualquer que seja a sua decisão (participar ou não participar no estudo), não haverá qualquer alteração ou influência nos cuidados médicos que lhe serão prestados.

OBJECTIVO DO ESTUDO

Este é um estudo que tem como objectivo compreender se o contacto precoce e certas características da mãe influenciam a qualidade da relação que ela vai estabelecer com o(s) seu(s) bebé(s). Procuramos relacionar a vinculação da mãe ao(s) seu(s) bebé(s) com variáveis psicológicas maternas: ansiedade, stress, depressão, variáveis sociodemográficas e o contacto como seu bebé.

TIPO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação neste estudo consiste na resposta a quatro questionários: 1) o Questionário Sociodemográfico e Clínico, (dados pessoais, dados relativos à gravidez, dados relativos ao parto, dados relativos ao bebé e composição do agregado familiar nuclear), 2) Escala de Vinculação Materna Pós-natal, 3) Escala de Ansiedade, Depressão e Stress e 4) Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal. No caso de não querer responder a alguma ou algumas das questões ou afirmações que lhe serão feitas nestes três questionários, será totalmente livre de o fazer e não precisará de justificar a sua decisão.

RISCOS E BENEFÍCIOS DA SUA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação neste estudo não lhe trará qualquer risco ou benefício directo. Apesar disso, o registo das suas respostas e a análise conjunta destas com as de outras participantes no estudo pode contribuir para um maior e melhor conhecimento do modo como certas características influenciam a qualidade da vinculação das mães aos seus bebés pré-termo. Este conhecimento poderá, posteriormente, contribuir para melhorar os cuidados médicos e psicológicos facultados às futuras mães e respectivos recém-nascidos pré-termo o que, consequentemente, irá permitir aumentar o bem-estar tanto destas mães como das crianças que irão nascer.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS OBTIDOS NO ESTUDO

As suas respostas aos três questionários são totalmente confidenciais e serão apenas usadas para fins de análise estatística. Aliás, estes questionários serão somente identificados por um número, ou seja, o seu nome não constará em nenhum deles, mantendo, desta forma, a máxima confidencialidade dos seus dados pessoais. Caso os resultados venham a ser alvo de publicação científica ou comunicação em congressos, o seu nome nunca será revelado.

Desta forma, todas as suas respostas aos três questionários serão mantidas em sigilo, de acordo com as Leis de Protecção de Dados de Portugal (Lei nº 67/98 de 26 de Outubro).

ASSINATURA DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Se decidir participar neste estudo, terá que assinar esta folha e a Declaração de Consentimento Informado. Assinando a Declaração de Consentimento Informado, declara compreender o conteúdo desta informação e autoriza que os seus dados sejam recolhidos para este estudo.

Muito obrigada pela atenção dispensada.

Nome completo da participante:

Assinatura:

Nome da investigadora:

Assinatura:

Data: __/__/____

Contactos: Ana Sofia Silva Telm: 968298775 E-mail: anasofia3807@gmail.com

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Fui convidada a participar no estudo “A importância do toque como factor determinante do estabelecimento da relação mãe-bebé em díades pré-termo”. Este estudo tem como objectivo investigar de que forma o toque é importante para estabelecer a relação mãe-bebé, numa população de bebés pré-termo.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, me foram prestadas todas as informações relacionadas com os objectivos e os procedimentos do estudo e de que todas as minhas questões e dúvidas foram esclarecidas. Além disso, fui informada de que tenho o direito de recusar, em qualquer altura, a minha participação neste estudo, sem qualquer prejuízo dos cuidados de saúde que me são prestados. Fui informada, também, de que todos os dados recolhidos no decorrer do estudo são totalmente confidenciais e serão apenas usados para fins de análise estatística, de acordo com as Leis de Protecção de Dados de Portugal (Lei nº 67/98 de 26 de Outubro). Mais, fui informada que a Comissão de Ética para a Saúde da Maternidade Doutor Alfredo da Costa autorizou a realização desta investigação clínica/científica neste hospital. Além disso, foi-me fornecida uma folha de informação adicional para a participante.

Por tudo isto, aceito participar no estudo de Ana Sofia Paulino da Silva, estudante de Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, com correio electrónico anasofia3807@gmail.com, que consiste na resposta ao Questionário Sociodemográfico e Clínico, à Escala de Vinculação Materna Pós-natal, à Escala de Ansiedade, Depressão e Stress e à Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.

Aceito, também, que as minhas respostas aos questionários sejam posteriormente utilizadas para publicação científica, juntamente com as de outras participantes no estudo, no caso de esta se vir a verificar.

Nome completo da Participante:

Nome completo da Investigadora:

Assinatura:

Assinatura:

Data: __/__/__